

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 mai 1896, à 1 heure

PAR

M^{lle} SÉLACOVITCH (Anka)

Née à Tchatchak (Serbie), le 27 Novembre 1872

CERTAINS

ACCIDENTS ARTICULAIRES CHRONIQUES

CONSÉCUTIFS

AU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { GRANCHER, professeur.
 { NETTER ET GAUCHER, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1896

267

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

267

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 mai 1896, à 1 heure

PAR

M^{lle} SÉLACOVITCH (Anka)

Née à Tchatchak (Serbie), le 27 Novembre 1872

CERTAINS

ACCIDENTS ARTICULAIRES CHRONIQUES

CONSÉCUTIFS

AU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Président : M. STRAUS, *professeur.*
Juges : MM. { GRANCHER, *professeur.*
 { NETTER ET GAUCHER, *agregés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE LE D^r Lj. SÉLACOVITCH

A MA MÈRE

A MON FRÈRE LE D^r M. SÉLACOVITCH

A MES TROIS SOEURS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin de l'hôpital Laënnec

MR LE PROFESSEUR PINARD

médecin de la Maternité « Baudelocque »

MR LE DR CHAUFFARD

Professeur agrégé à la faculté de médecine
médecin de l'hôpital Cochin

M. LE DR SCHWARTZ

Professeur agrégé à la faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

MR LE DR BLANCHARD

Professeur agrégé de la faculté de médecine

MR LE DR QUEYRAT

Médecin des hôpitaux

Faible gage de reconnaissance éternelle.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR STRAUS

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT PROPOS.

« Le nom de rhumatisme, dit Lasègue, est de ceux
« dont les médecins ne peuvent se passer, non parce
« qu'il implique une définition exacte, mais parce
« qu'au contraire, il répond à une notion presque tou-
« jours vague. Quelques genres ont été établis, quel-
« ques espèces ont été constituées; un grand nombre
« de cas échappent encore au classement ou ne s'y
« conforment qu'à demi.

« C'est en rassemblant et en étudiant avec soin ces
« variétés, qu'on a cherché de les élever à la hauteur
« d'un type ou d'une espèce dans le sens nosogra-
« phique du mot.

« La théorie élimine avec raison les faits indécis
« qui troublent la sérénité de ses conclusions. L'ap-
« plication ne peut pas suffire à sa tâche sans être
« indulgente pour les à-peu-près et tolérante pour
« les exceptions.

« Néanmoins le devoir est comme toujours de lais-
« ser le moins possible d'inconnus flottants.

Ces paroles de Lasègue, peuvent servir d'introduc-
tion au sujet qui nous occupe. Quoi de plus com-
plexe que la pathogénie du rhumatisme articulaire
chronique et que les modalités cliniques qui le carac-
térisent? Quelle différence en effet, au point de vue

symptomatique, entre le morbus coxae senilis et les nodosités d'Héberden, entre cette dernière affection et le rhumatisme déformant progressif. Aussi n'est-il pas étonnant qu'en analysant les faits on trouve entre ces divers processus, des variations bien tranchées dans les causes qui les engendrent. Mais même pour une forme donnée de rhumatisme chronique, pour la polyarthrite déformante progressive, il n'est pas impossible que l'étiologie et les conditions pathogéniques varient suivant les cas. Si les manifestations extérieures de la maladie sont identiques ou tellement semblables qu'on puisse difficilement les séparer s'en suit-il qu'elles reconnaissent toujours les mêmes causes ?

Deux causes différentes ne peuvent-elles produire des effets apparemment identiques. Est-ce que ces faits ne se réalisent pas en anatomie pathologique, où nous voyons le bacille de la tuberculose et de la lèpre et certaines poussières même engendrer dans l'organisme des productions tuberculeuses analogues.

Rien ne s'oppose à ce qu'il en soit ainsi pour les manifestations rhumatismales.

D'ailleurs que l'on considère aujourd'hui, les rhumatismes chroniques comme des manifestations pathologiques de la nutrition retardante ou de l'infection ou de ces deux facteurs agissant à la fois ; il est assez légitime de penser, que ce trouble de la nutrition et que cette infection sont engendrés par des causes pouvant varier suivant chaque cas.

Ces réflexions nous sont suggérées par quelques exemples de déformations articulaires chroniques sur-

venues à la suite d'attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Aussi l'idée nous est elle venue de chercher dans la littérature médicale des faits analogues et d'essayer de les grouper, pour tâcher de pénétrer la pathogénie soit d'après l'étude de nos observations, soit d'après l'opinion de ceux qui ont écrit sur ce sujet.

Ce travail comprendra deux parties : Dans la première, nous étudierons les cas de déformation articulaires chroniques que nous avons observés à la suite du rhumatisme articulaire aigu, en les rapprochant de cas analogues rapportés dans les journaux ou les revues scientifiques.

Dans la deuxième, nous en discuterons la pathogénie et la place nosologique, et nous ferons un exposé des opinions des différents auteurs concernant les rapports de la polyarthrite aiguë fébrile et du rhumatisme chronique.

Avant d'aborder notre sujet nous nous empressons d'adresser nos sincères remerciements à tous nos maîtres de la Faculté, dont l'enseignement précieux a si largement contribué à nos études médicales, que nous sommes fières d'avoir faites en France.

Nous nous permettons ici, de présenter nos respectueux hommages à M. le docteur Pupin, ne cherchant pas d'exprimer la gratitude que nous lui devons pour toute la bienveillance qu'il nous a témoignée durant nos études à Paris.

Nous ne saurions pas assez remercier à M. J Auclair, interne distingué des hôpitaux, pour tous les bons conseils qu'il a bien voulu nous donner chaque fois que

nous nous sommes adressé à lui. Nous le remercions aussi pour les deux observations inédites qu'il nous a confiées et que nous sommes heureuse de publier ici.

Nous avons été particulièrement heureuse de l'honneur qu'à bien voulu nous témoigner M. le professeur Straus, maître éminent de la Faculté, en acceptant la présidence de notre modeste travail.

Nous prions notre président ainsi que Messieurs les autres membres du jury d'agréer notre gratitude profonde.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Etude des symptômes

Nous diviserons en trois périodes l'évolution des lésions articulaires chroniques consécutives au rhumatisme articulaire aigu : une période de début, une période d'état et une période de terminaison.

1^o *Période de début.* — Cette période est généralement assez effacée et se confond plus ou moins, avec l'attaque du rhumatisme articulaire aigu. Tantôt, c'est à la suite d'une première atteinte de la polyarthrite aiguë fébrile que surviennent les déformations, et le malade passe insensiblement d'une affection aiguë à une maladie chronique. C'est le cas dans une observation rapportée à la fin de ce mémoire. Le début et la marche de la maladie initiale n'ont rien présenté d'anormal, les symptômes locaux et fonctionnels, la réaction fébrile, étaient ceux des rhumatismes d'une moyenne intensité. Seulement, après un certain laps de temps, au lieu de voir les phénomènes locaux s'amender et disparaître, les jointures restent tuméfiées, sensibles, douloureuses même, et les mouvements gênés ;

les tissus péri-articulaires s'hypertrophient et bientôt surviennent les déformations caractéristiques.

D'autres fois, la malade a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu qui se sont terminées par la guérison ; puis une nouvelle crise est survenue et celle-ci a entraîné en longueur et les déformations chroniques se sont installées. Dans une observation rapportée plus loin, un malade présente chaque année, depuis l'âge de 17 ans jusqu'à 23 ans, des attaques de rhumatisme articulaire aigu, sans qu'aucune déformation en survienne. A cette époque, une nouvelle crise apparaît, et les articulations des mains et des pieds commencent à se déformer.

Mais, quel qu'ait été le début de ces accidents articulaires, les jointures ne tardent pas à présenter des déformations typiques que nous allons maintenant décrire.

2^e Période de l'Etat . — Elle est caractérisée par des signes objectifs et des symptômes fonctionnels. Les signes objectifs consistent dans le gonflement des articulations, l'épaississement des tissus périarticulaires et même de l'os et la déformation de tout ou d'un segment de membre. Voici comment le Professeur Peter explique la genèse des accidents : « Tout d'abord il se fait une inflammation de la synoviale, une synovite avec épanchement qui peu à peu se résorbe ; puis la synoviale s'épaissit, s'altère, devient le lieu de formation des corps étrangers, elle s'érode et disparaît, c'est alors que l'arthrite sèche est constituée. Puis la maladie continuant à évoluer, on observe les

phénomènes suivants : usure, inflammation des cartilages, prolifération des corpuscules cartilagineux, aspect velouté, auquel on a donné le nom de cartilage hirsute, enfin disparition du cartilage. Les os sont mis à nu, ils s'enflamment ; ostéite avec gonflement au niveau des surfaces articulaires de la tête des os, bruit sec et douleur plus ou moins vive, lorsqu'on cherche à imprimer des mouvements à l'articulation ; enfin les accidents s'accroissent de plus en plus, les ligaments se tuméfient à leur tour et s'allongent, de là une tendance plus ou moins marquée aux subluxations et à des déformations de plus en plus prononcées. »

Les choses se sont passées ainsi dans nos observations. La tuméfaction peut porter sur toutes les articulations ; les cous-de-pied, les genoux, les petites articulations du pied et de la main sont généralement prises ; et à une époque plus ou moins avancée de la maladie ; plus rarement, les articulations du rachis et l'articulation temporo-maxillaire se prennent également. Du côté du pied, c'est surtout l'articulation du premier métatarsien avec le pouce qui est la plus atteinte. Il en résulte un gonflement de cette articulation avec épaissement des tissus périarticulaires et secondairement une déviation en dehors du gros orteil. Cette déviation très fréquente chez les arthritiques peut dans certains cas être imputable à des mauvaises chaussures. Nous l'avons vu chez des malades qui souffraient de rhumatisme chronique, à la suite de rhumatisme articulaire aigu et sans qu'on puisse invoquer la chaussure défectueuse. Le pied peut être

épaissi dans sa totalité ; assez souvent aussi l'articulation tibio-tarsienne est très augmentée de volume. Les genoux par suite de poussées successives et du travail inflammatoire qui se fait à leur niveau, subissent le relâchement de leurs ligaments. Suivant que le relâchement porte sur le ligament latéral interne ou sur le ligament externe, on a le genu valgum ou le genu varum.

Aux membres supérieurs, les déformations sont à peu près identiques. Les grosses articulations sont généralement peu déformées, sauf cependant du côté du poignet, où il y a un gonflement et un épaississement des tissus périarticulaires assez manifeste. Les diamètres antéro-postérieur et transversal de l'articulation radiocarpienne sont augmentés ; l'apophyse styloïde du cubitus est assez souvent hypertrophiée, mais c'est surtout du côté des articulations métacarpo-phalangiennes et des phalanges entre elles, que les désordres sont les plus accusés. Les phalanges sont fléchies à angle obtus sur le métacarpe et l'articulation correspondante est déformée, augmentée de volume. Les phalanges sont ou fléchies ou en extension forcée sur les phalanges. Enfin la phalangette est fléchie sur la phalangine. De plus il y a une déviation très manifeste de toute la main vers le bord cubital. A ces symptômes peuvent s'ajouter dans certains cas des nodosités portant sur le tissu périarticulaire ou siégeant le long des tendons ou des gaines tendineuses. Ces nodosités peuvent se montrer partout où il y a des tissus fibreux. On les rencontre à la main et au bras le long des tendons des fléchisseurs ou des extenseurs

autour des articulations où elles forment une sorte de chapelet qui enserre la jointure de toutes parts. On les observe également sur le périoste, au crâne au niveau du front. Ces nodosités sont dures et paraissent très adhérentes au périoste et même à l'os. Dans certain cas, cependant, on peut, comme dans une observation rapportée par M. Meynet, dans le *Lyon médical*, montrer leur mobilité, en mettant le membre dans la flexion. Mais parfois ces nodosités font corps avec l'os ; tel était le cas dans une observation que nous rapportons à la fin de cette étude et où la nodosité siégeait à l'épitrôchlée.

Les symptômes fonctionnels, sont ceux de tout rhumatisme articulaire chronique. La douleur est plus ou moins vive, suivant l'époque à laquelle on examine l'affection. C'est une douleur à la fois spontanée et provoquée. Spontanée, cette douleur est lancinante térébrante ; mais c'est surtout dans les mouvements volontaires ou provoqués qu'elle se révèle. Aussi ces mouvements sont-ils nécessairement gênés et maladroits. L'extension est incomplète et la flexion n'atteint que le tiers ou la moitié de son état habituel. Les mouvements sont lents et pendant qu'ils s'accomplissent on perçoit assez nettement un bruit sec de crépitation. Si on applique la main sur l'articulation en mouvement on se rend encore plus nettement compte de cette crépitation.

A ces symptômes subjectifs et objectifs s'ajoutent des phénomènes généraux qui sont souvent le reliquat de l'attaque de rhumatisme articulaire aigu. Il n'est pas rare, en effet, de voir le cœur atteint par cette der-

nière affection. On peut noter des lésions du côté du péricarde ou des valvules du cœur. Dans deux cas, nous avons noté un souffle présystolique et un dédoublement du deuxième temps très manifeste, indices d'un rétrécissement mitral ; dans ces mêmes cas il existait aussi un souffle diastolique à la base, perçu, surtout au niveau du deuxième espace intercostal droit et lié à une lésion des valvules aortiques. D'autrefois le péricarde est touché, et nous avons noté dans un cas, une ondulation de la paroi avec retrait systolique de la pointe. Les autres organes sont généralement sains. Mais on voit assez fréquemment du fait des douleurs articulaires des phénomènes nerveux assez accentués, caractérisés surtout par l'insomnie ; on note aussi des symptômes gastriques, la langue est saburrale, l'appétit diminué, la constipation fréquente. Les urines sont assez souvent rares, surtout au moment des crises douloureuses hautes en couleur, chargées d'urates et de phosphates, ce qui amène leur trouble très rapide, à la suite de la miction. L'apyrexie est la règle sauf au moment des poussées articulaires, ou du fait d'une maladie intercurrente

3^e *Période de terminaison.* — Cette période est variable suivant les cas. C'est la période des déformations extrêmes et des atrophies. Quelquefois les symptômes locaux peuvent s'amender, la tuméfaction des articulations diminue ou disparaît, les douleurs deviennent moins vives et les articles déformés reviennent à leur état antérieur. On peut voir aussi disparaître, soit spontanément, soit par le fait d'un traitement appro-

prié, les nodosités que nous avons signalées autour des articulations, sur le trajet des tendons ou disséminés sur le périoste. Mais ce sont là des cas exceptionnels. Généralement les symptômes de la période d'état ne font que s'aggraver ; les mouvements des jointures sont de plus en plus limités, et les douleurs d'une part, la gêne des mouvements d'autre part entraînent une atrophie très manifeste des muscles. C'est une infirmité définitive qui est constituée. Nous n'avons jamais vu cependant dans ces formes de rhumatisme chronique cette impotence fonctionnelle absolue signalée dans certaines autres variétés et qui cloue, à la longue, le malade au lit. Cet état peut exister toutefois même dans la forme de rhumatisme chronique qui nous occupe.

La marche se déduit de l'étude des phénomènes que nous venons de décrire. Ce qu'elle présente de particulier, dans cette forme de déformations articulaires chroniques, c'est qu'elle a lieu par poussées successives, généralement assez pénibles, quelquefois même très douloureuses ; poussées s'accompagnant de fièvre, et de tuméfaction des articulations mais tout à fait distinctes des poussées de rhumatisme articulaire aigu qui a précédé ou peut encore survenir dans le cours de la maladie que nous décrivons. En effet tandis que ces derniers accès sont améliorés par le salicylate de soude, les poussées aiguës du rhumatisme passé à l'état chronique, ne tirent à peu près aucun bénéfice de l'administration de ce médicament.

Leur durée est indéfinie, sauf dans les cas bien rares qui rétrocedent ; et chaque poussée par l'inflammation qu'elle provoque amène des désordres apparents et fonctionnels de plus en plus marqués.

CHAPITRE II

Etiologie

Aucune forme de rhumatisme articulaire aigu, ne paraît prédisposer à ces complications chroniques. Ceux que nous avons pu observer ou que nous présentons à la fin de ce mémoire se rapportent à des cas moyens.

Dans une observation, nous voyons le rhumatisme articulaire aigu, qui a précédé les déformations chroniques, survenir à la suite d'une chute et de contusions occasionnées par une voiture. Il est difficile de dire si cet accident a été pour quelque chose dans les accidents ultérieurs qui sont survenus.

Quand on dépouille ces observations on ne trouve rien, qui nous explique le passage à la chronicité des lésions.

Plusieurs malades vivaient dans des conditions telles qu'ils avaient les mains à peu près constamment dans l'eau ; plongeur dans un restaurant, blanchisseuse. Or on sait l'importance qu'ont ces causes dans l'étiologie du rhumatisme chronique. On peut supposer tout au plus qu'elles ont agi comme causes prédisposantes, en préparant le terrain : le rhumatisme articulaire aigu agissant comme cause occasionnelle, déterminante. D'autres malades accusaient une vie

très mouvementée, couchant une partie de leur existence sur la terre nue. Ainsi nous voyons dans l'observation IV, une cantinière qui passe la plus grande partie de sa vie dans les camps. Elle fait la campagne d'Italie, reste un grand nombre d'années en Algérie. Elle contracte à ce moment là, un rhumatisme articulaire aigu avec complication du côté de l'endocarde ; et quelque temps après elle est prise de déformations rhumatismales caractéristiques. Depuis ce temps-là, elle n'eut pas d'attaque de rhumatisme articulaire aigu, mais elle souffrit de temps à autre de poussées rhumatismales subaiguës, attribuables à des recrudescentes de ses lésions chroniques. Dans ce cas encore la vie mouvementée de la malade ne pourrait être regardée que comme une cause prédisposante du rhumatisme chronique ; mais non occasionnelle. Son mari avait vécu la même vie, mais il n'a jamais fait de déformations articulaires.

Chez d'autres malades, nous n'avons relevé aucune cause appréciable, en dehors du rhumatisme articulaire aigu. Peut être dans ces cas là, faut-il faire appel au génie épidémique, à la prédisposition morbide. Pourquoi deux rhumatisants se conduisent-ils différemment à l'égard des complications de l'arthro-rhumatisme ? Pourquoi avec deux rhumatismes d'égale intensité, deux malades se comportent-ils si différemment : l'un faisant par exemple des complications cardiaques et l'autre gardant un cœur indemne. C'est l'éternelle question de l'idiosyncrasie, la question du terrain dont nous sommes encore loin d'avoir la solution.

Les complications articulaires chroniques consécutives au rhumatisme aigu surviennent surtout pendant l'âge adulte. Faut-il en chercher la cause dans ce fait que la polyarthrite aiguë fébrile est plus fréquente à cet âge, ou qu'à ce moment les articulations se fatiguent d'avantage et ont déjà subi pour une large part l'usure de la vie ?

D'ailleurs ces complications ne sont pas inconnues à un âge moins avancé. Dans l'observation déjà citée, de M. Meynet, les déformations et les nodosités surviennent chez un enfant de 14 ans. Il est vrai que ces manifestations furent fugaces, et cette fugacité peut être imputée à l'âge du sujet atteint. Quant au sexe, nous ignorons s'il a une influence marquée sur le développement de ces accidents. Des quatre cas inédits que nous rapportons, trois ont trait à des femmes, un seul cas à un homme. Mais dans les autres observations que nous avons trouvées dans les auteurs, il s'agit toujours de malades appartenant au sexe masculin, à ce point de vue, les accidents qui nous occupent seraient un peu différents du rhumatisme chronique imputable à d'autres causes, qui toujours semble avoir pour la femme une prédilection bien marquée.

CHAPITRE III

Diagnostic

Le diagnostic des complications qui nous occupent n'offre aucune difficulté. Un point d'un grand intérêt serait de pouvoir porter le diagnostic avant que les déformations ne surviennent ; ce qui revient à dire qu'il serait intéressant de savoir quel malade atteint de rhumatisme articulaire aigu fera ultérieurement du rhumatisme chronique. Nous avons vu au chapitre de l'étiologie que nous ne possédons aucune donnée précise concernant ce sujet.

On devra se défier surtout des rhumatismes aigus qui traînent et restent longtemps localisés à une même articulation, surtout aux petites jointures ; mais à cause de la rareté des complications que nous étudions on ne soupçonne guère cette éventualité jusqu'au jour où les déformations apparaissent.

Quand ces déformations existent, et qu'on n'a pas assisté à l'attaque ou à une des attaques du rhumatisme articulaire aigu, peut-on, par la simple inspection des déformations, remonter à la cause ? C'est un point délicat à résoudre. Dans tous les cas, on sera autorisé à chercher la polyarthrite aiguë fébrile. Quand les déformations articulaires auront évolué rapidement et porteront sur un grand nombre d'articula-

tions ; quand l'affection chronique procédera par poussées successives plus ou moins rapprochées et que les phénomènes douloureux seront accusés. Comme nous le verrons en effet, à propos de la pathogénie de ces cas, on tend à décrire aujourd'hui deux variétés bien tranchées de rhumatisme articulaire progressif : l'un, survenant chez des sujets d'un âge moyen, évoluant rapidement, par poussées aiguës ou subaiguës, envahissant d'emblée un grand nombre d'articulations et paraissant succéder à une maladie infectieuse. — Il va sans dire que les complications que nous décrivons n'ont rien de commun avec les pseudo-rhumatismes infectieux qui succèdent à certaines maladies générales. — L'autre forme de rhumatisme chronique survenant chez des personnes avancées en âge, évoluant sourdement, sans fièvre, avec peu de réaction inflammatoire et douloureuse. Or, les cas de rhumatisme chronique que nous avons vu succéder aux attaques d'arthro-rumatisme aigu, nous paraissent appartenir à la première variété clinique.

En dernier ressort, on aura pour faire le diagnostic rétrospectif, les complications cardiaques si fréquentes et les antécédents accusés par le malade.

CHAPITRE IV

Pronostic.

Il se rapproche beaucoup du pronostic des autres variétés du rhumatisme chronique. Une fois la lésion constituée, rien ne semble pouvoir la faire rétrocéder, d'une façon générale. Nous voyons toutefois dans une observation, des déformations articulaires légères, il est vrai, et des nodosités multiples disparaître, soit spontanément, soit à l'aide d'un traitement approprié. Il faut se rappeler, le cas échéant, cette éventualité, sans trop y compter cependant. A part ces faits exceptionnels il est certains que la déformation, que nous étudions ont une gravité assez marquée. La vie n'est pas menacée immédiatement, mais, il y a une impotence plus ou moins accusée suivant les cas et suivant l'époque, qui empêche le malade de se livrer à ses occupations habituelles, surtout si elles sont pénibles ou exigent une dextérité très grande. De plus il est sans cesse tourmenté par des douleurs, généralement assez vives, par des poussées subaiguës ; et, comme il n'est pas rare de voir coïncider avec ces infirmités une affection cardiaque remontant à une attaque antérieure d'arthrorhumatisme aigu, le pronostic, de ce fait, se trouve encore assombri.

CHAPITRE V

Traitement

Tout d'abord nous devons signaler l'impuissance du salicylate de soude sur la disparition des lésions. Peut-être cependant a-t-il une certaine influence sur les poussées aiguës. Mais comme chez les mêmes malades, rhumatisme articulaire aigu et poussées aiguës de rhumatisme chronique se marient et alternent avec fréquence ; il est difficile de savoir à quel genre d'attaque on a exactement à faire.

Quelques malades ont paru bien se trouver de bains sulfureux administrés tous les deux jours et très chauds. Chaque bain ne doit pas être prolongé trop longtemps et la température sera progressivement élevée jusqu'au degré où le malade pourra la supporter.

Dans d'autres cas, les bains de vapeur pourront procurer des soulagements aux malades.

Localement la révulsion sous toutes ses formes : teinture d'iode, pointes de feu, vésicatoires même, ne sera pas négligée. Dans les cas très douloureux, l'enveloppement ouaté avec compression légère pourra rendre des services.

Quand les phénomènes douloureux sont localisés à quelques articulations seulement, aux mains par exemple, et qu'ils n'ont pas cédé aux moyens dont nous ve-

nons de parler, on pourrait avoir recours aux bains de sable chaud.

A l'intérieur on administrera l'iodure de potassium à la dose de 25 centigr. à 1 gramme par jour, continué pendant un certain temps ; trois semaines par exemple. On cesse pendant une semaine et on reprend le médicament à l'iodure, on pourra substituer la teinture d'iode. On commence par des doses légères, 5 à 6 gouttes par jour. On augmente progressivement la dose et on peut arriver ainsi à faire prendre au malade jusqu'à 4 à 5 grammes par jour (Peter).

Tous ces traitements, s'ils améliorent momentanément la souffrance du malade, n'arrêtent généralement pas l'évolution des lésions. Le spécifique de ces déformations articulaires comme du rhumatisme chronique en général est encore à trouver.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Pathogénie

Et maintenant demandons-nous quelle interprétation on doit donner à ces cas ; quels sont les rapports qu'ils affectent avec le rhumatisme articulaire aigu.

Ces rapports n'ont pas été compris de la même façon par tous les auteurs. Les uns admettent que le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme articulaire chronique sont de la même famille et que le second peut compliquer le premier.

Les autres soutiennent qu'il n'y a aucun rapport de parenté entre les deux affections. Certains vont même plus loin et affirment l'antagonisme entre ces deux états pathologiques.

« Le rhumatisme articulaire aigu, dit Grisolle se termine par la guérison sans laisser après lui aucune suite fâcheuse, à moins qu'il ne passe à l'état chronique. » Plus loin il ajoute : « Le rhumatisme articulaire chronique est une affection peut-être plus com-

mune que la forme aiguë, à laquelle elle succède presque toujours ; dans quelques cas cependant le rhumatisme est primitivement chronique. »

Béhier et Hardy s'expriment à peu près dans les mêmes termes.

« Dans les cas moins heureux, les phénomènes moins aigus s'amendent, la fièvre disparaît, mais les articulations restent gonflées et douloureuses et les symptômes locaux persistent dans la même jointure ou se développent successivement dans plusieurs autres, la maladie se prolonge et passe à l'état chronique, lorsque le rhumatisme se prolonge dans une ou plusieurs articulations au-delà du terme habituel ; il se présente en général avec des caractères un peu différents, qui en font une maladie à part, qu'on désigne sous le nom de rhumatisme articulaire chronique. »

Le professeur Charcot, Picot, Adams soutiennent l'identité de nature de deux affections. Pour ce dernier auteur, le rhumatisme chronique est une affection constitutionnelle, mais d'origine rhumatismale, car elle est généralement précédée d'une attaque aiguë, c'est une inflammation.

Dans le dictionnaire Dechambre, M. E. Besnier exprime ainsi son opinion : « Le rhumatisme articulaire chronique simple, que nous avons appelé au point de vue des lésions, rhumatisme synovial arthro-synovite sèche, non parce qu'il se limite à la synoviale, mais pour bien préciser sa superficialité, sa bénignité anatomique, si l'on peut ainsi dire, est la forme de rhumatisme chronique qui affecte les rapports les plus

accentués de continuité avec le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu auquel elle peut succéder immédiatement ou médiatement. Dans les autres formes du rhumatisme chronique cette succession de l'arthrite chronique, aux arthropaties aiguës peut encore se rencontrer, mais cela devient d'autant plus rare, que l'individualité anatomique de la forme chronique est plus prononcée ; dans les cas plus accentués, il y a presque exclusion absolue entre la forme aiguë et la forme chronique. Celle-ci se présentant d'emblée avec son cachet pathognomonique, chez des sujets qui n'ont jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. »

« Le rhumatisme aigu, dit Ch. Fernet dans sa thèse, peut passer à l'état chronique, mais alors il perd la plupart de ses caractères. Ce n'est plus cette affection active, mobile, dont les manifestations se déploient et révèlent des formes nombreuses ; c'est une affection lente, tenace, qui se localise sur un organe, sur un tissu et en amène la désorganisation : le travail local au lieu d'être superficiel et de tendre à la résolution, devient profond, continu. Deux organes paraissent surtout être le siège de ces manifestations aiguës devenant chroniques ; ce sont les articulations et le cœur les deux sièges de prédilection du rhumatisme. »

Homolle dans le dictionnaire Jaccoud s'exprime ainsi, à propos du rhumatisme chronique : Il se présente sous deux aspects bien différents : Dans un cas il est moins une maladie qu'une lésion locale représentée par une ou plusieurs arthrites consécutives à un rhumatisme subaigu, dont elles sont le reliquat ; c'est presque une affection commune succédant à l'ac-

tion d'une cause spéciale ; dans l'autre il constitue véritablement une maladie en évolution caractérisée par des arthropathies multiples, variables, quelquefois mobiles, comme à l'état aigu, mais se répétant pendant des mois et des années, maladie apyrétique ou accompagnée à peine par intervalles, d'un léger mouvement fébrile. Sous cette forme, le rhumatisme chronique offre un intérêt indiscutable, parce qu'il se relie d'une façon manifeste dans bien des cas au rhumatisme articulaire aigu, et parce qu'il est l'expression la plus simple et la plus commune du rhumatisme constitutionnel c'est un des liens qui rattache le plus solidement la fièvre rhumatismale, cette espèce de pyrexie passagère, avec un état constitutionnel permanent.

Lorsque le rhumatisme articulaire chronique se montre à la suite d'une attaque aiguë on peut admettre qu'il s'agit d'un même état morbide, dont l'évolution se poursuit sous une forme nouvelle ; cette manière de voir n'est pas admise d'un commun accord. Pour un certain nombre de pathologistes, le rhumatisme cesse lorsque la fièvre rhumatismale ou la polyarthrite aiguë a terminé son évolution de même que la rougeole ou la fièvre typhoïde cessent quand leur cycle pyrétiqne est accompli. Si quelques accidents articulaires subsistent, si pendant longtemps ces accidents tendent à se réveiller, ils n'appartiennent plus au rhumatisme qui est fini et ils sont comparables à la bronchite qui survit à la rougeole (Sénator) ou à l'entérite qui laisse quelquefois après elle la dothiènéntérie.

Cette opinion pouvait se défendre si les arthropathies étaient le seul vestige de la maladie passée, mais

li n'en est pas toujours ainsi ; l'affection articulaire n'est souvent que l'un des termes d'une série morbide, qui traduit non seulement une modification survenue dans un système organique, mais un état diathésique et une tendance de l'organisme à réagir suivant certains modes et par certaines affections sous l'influence d'actions morbifiques communes.

Voilà une opinion bien nettement exprimée et l'auteur admet nettement l'identité de nature de la polyarthrite aiguë et de l'arthro-rhumatisme chronique. C'est à peu près dans le même sens que s'exprime M. Rendu. Parlant du rhumatisme noueux, cet auteur ajoute : « L'enquête à laquelle nous nous sommes livré (clientèle privée) depuis plus de quatre années, sur un petit nombre de malades, il est vrai, nous a conduit à cette conviction que l'arthrite noueuse fait véritablement partie du groupe des affections inflammatoires et qu'elle se voit chez des femmes dont les pères ou les enfants peuvent avoir subi des accès francs du rhumatisme aigu. »

Le Professeur Jaccoud, admet aussi que le rhumatisme chronique peut succéder à une attaque de rhumatisme aigu. Il distingue deux formes de rhumatisme chronique, l'une secondaire, plus rare, consécutive à la polyarthrite aiguë et survenant avant 30 ans ; l'autre primitive ayant son maximum de fréquence de 35 à 50 ans. « Lorsque la maladie succède à une attaque aiguë, les douleurs persistent dans les petites jointures après la terminaison des phénomènes fébriles et la disparition des symptômes qui occupent les

grandes articulations ; parfois cependant les genoux et les coudes restent affectés. »

Ainsi à des degrés divers tous les auteurs divers que nous venons de citer admettent la parenté des deux affections et le passage possible de la forme aiguë à la forme chronique.

Voyons maintenant les auteurs qui soutiennent l'opinion contraire et quelles raisons ils allèguent à l'appui de leur manière de voir.

En tête de cette énumération nous citerons Sénator, dont nous avons déjà parlé et Hucter en Allemagne, Garrod, Fuller, Little en Angleterre ; Durand-Fardel en France.

« Il y a, dit Lasègue, dans ses études sur le rhumatisme articulaire aigu une entité morbide bien nette, et qui ne saurait être, ainsi, que certains auteurs l'ont pensé, un degré plus élevé, plus aigu des rhumatismes chroniques. L'un ne conduit pas à l'autre et il n'y a pas subordination entre ces deux états articulaires ». C'est nier catégoriquement tout lien de parenté entre les différentes manifestations rhumatismales dont nous nous occupons.

M. Oettinger arrive à peu près aux mêmes conclusions. Il fait remarquer que certains rhumatismes aigus peuvent laisser après eux de déformations articulaires, mais ces déformations n'ont rien de commun avec le rhumatisme chronique.

« Quelquefois, dit cet auteur, il se produit au pour tour des articulations des rétractions aponévrotiques ou tendineuses qui déforment les articulations et rappellent de loin le rhumatisme chronique.

En tout cas, si les articulations atteintes ne reprennent pas toujours au bout d'un certain temps leur mobilité, si elles peuvent parfois rester un peu tuméfiées ou douloureuses, il n'en est pas moins vrai que le rhumatisme articulaire aigu ne se transforme pas en rhumatisme chronique, maladie de nature essentiellement différente.

Dans une clinique professée à l'hôpital Saint-Antoine, M. Hanot rejette également toute parenté avec le rhumatisme aigu et les différentes modalités du rhumatisme chronique. Pour lui : l'arthrite rhumatismale est essentiellement aiguë, fugace, ne suppose pas et ne passe pas à l'état chronique.

Si on observe parfois à la suite de l'arthro-rhumatisme aigu des déformations articulaires, elles tiennent non pas à l'arthritisme, mais à un autre vice, qui peut être la scrofule. Car, si la scrofule favorise le développement du rhumatisme articulaire chronique, le rhumatisme agit de même à l'endroit de la scrofule. La pathologie nous offre de nombreux exemples de ces chocs en retour.

M. Lanceraux, dans son traité l'herpétisme, étudiant l'étiologie et la pathogénie du rhumatisme déformant ne signale pas le rhumatisme articulaire aigu comme cause déterminante.

Pour lui l'arthrite noueuse fait partie de tout un groupe pathologique, dans lequel se rangent : la migraine, l'asthme, l'emphysème, la dyspepsie, l'athérome artériel.

M. Legendre adopte à peu près les idées des auteurs que nous venons de citer. Reflétant la manière de voir

de son maître, le Prof. Bouchard, il établit des distinctions dans les formes du rhumatisme articulaire, chronique et montre que certaines modalités cliniques ont peu ou pas de rapport avec la polyarthrite aiguë fébrile.

« Très rarement précédée par le rhumatisme articulaire aigu, qui jamais ne vient la compliquer, ne coexistant pas non plus avec le rhumatisme chronique partiel ou les nodosités d'Heberden, la polyarthritique déformante progressive ne coïncide pas davantage avec les maladies arthritiques énumérées ci-dessus. L'hérédité rhumatismale n'existerait chez les individus qui en sont atteints que dans 1/5 des cas (Charcot, Trastour, Cornil).

* M. Bouchard est encore plus explicite. Parlant du rhumatisme déformant progressif il dit : » Ce sont les analogies symptomatiques, qui l'ont fait confondre avec la gousse. Ce sont des analogies anatomiques qui l'on fait confondre avec le rhumatisme. »

Landré Beauvais l'avait nommé goutte asthénique primitive ; Haygarth l'appelle simplement nodosités des jointures ; pour Fuller déjà, c'est la goutte rhumatismale, que par une simple interversion de mots, nous avons longtemps appelé le rhumatisme gouteux pour Ganod c'est l'arthrite rhumatismale, ce qui exclut toute idée d'origine gouteuse ; pour Trousseau c'est le rhumatisme noueux ; enfin les auteurs contemporains en font une variété de rhumatisme articulaire chronique.

Si l'idée de rhumatisme a été substituée à celle de goutte dans la conception de la genèse de cette maladie, c'est je le répète, en se basant sur des consi-

dérations anatomiques. Il y a en effet des maladies articulaires chroniques qui ont avec le rhumatisme articulaire aigu des rapports évidents de parenté et qui pour ce motif ont mérité le nom de rhumatisme articulaire chronique. Ces maladies sont caractérisées anatomiquement par des végétations synoviales, par des ulcérations cartilagineuses par des productions ostéophytiques ; or toutes ces lésions se retrouvent dans la goutte asthénique de Landré Beauvais ou dans le rhumatisme noueux de Trousseau, qui pour ce motif et pour ce motif seulement, a été rangé au nombre des manifestations chroniques du rhumatisme. En effet on n'a pas entendu, pour l'assimiler au rhumatisme, d'avoir établi cliniquement les relations de parenté avec le rhumatisme articulaire-aigu, ainsi qu'on l'avait fait pour d'autres maladies articulaires chroniques qui sont de nature rhumatismale.»

Parmi ces maladies rhumatismales, il en est qui occupent les grandes articulations et qui ne sont pas le rhumatisme articulaire aigu ; elles s'accompagnent fréquemment des autres maladies de la même série ; elles se relient à elle par l'hérédité. On dit que ces arthrites chroniques sont rhumatismales. De ce nombre sont le rhumatisme, mono-articulaire et les nodosités d'Héberden. Je n'en dirai pas autant du rhumatisme chronique progressif, ou rhumatisme noueux qu'on a bien fait de séparer de la goutte, mais qui me paraît avoir usurpé son nom de rhumatisme. En effet ses liens de parenté avec le rhumatisme articulaire aigu, si l'on croit parfois les découvrir, sont toujours fort obscurs et singulièrement relâchés »

M. Bouchard fait bien, au point de vue étiologique, d'admettre des divisions dans les cas si complexes du rhumatisme chronique. Mais nous pensons qu'on peut aller encore plus loin, dans la division des formes des rhumatismes déformants. Nous pensons d'abord qu'il n'y a pas antagonisme absolu entre le rhumatisme articulaire aigu et certaines formes de rhumatisme déformant progressif ; les observations que nous avons pu observer, celles que l'on trouve dans les auteurs publiées sous des rubriques diverses en font foi.

On peut faire bien des objections à notre interprétation ; on peut supposer que l'attaque aiguë de rhumatisme n'était pas due à la polyarthrite aiguë fébrile, mais au rhumatisme chronique débutant d'une façon solennelle. A cela, on peut répondre que les malades que nous avons observés ont présenté tous les symptômes cliniques, qui semblent aujourd'hui caractériser le rhumatisme articulaire aigu.

Cliniquement dit M. Bouchard, les arthrites du rhumatisme aigu apparaissent simultanément ou successivement dans des articulations multiples, et les « diverses arthrites apparaissent dans un temps assez court pour que leur ensemble présente les caractères d'un véritable accès. » Or nos cas sont absolument calqués sur cette définition. Dans une observation, qui à bien des égards est peut-être la plus démonstrative, on voit une femme de 40 ans, très bien portante jusque-là, renversée par une voiture. Quelques jours après, toutes les articulations se prennent les unes après les autres, elles sont tuméfiées, douloureuses ; la fièvre s'allume et la maladie présente le ca-

chet du rhumatisme articulaire aigu franc. C'est du reste le diagnostic porté à cette époque et l'administration du salicylate de soude calme tous les désordres fonctionnels et objectifs ; mais quelque temps après, les jointures se déforment et deviennent de nouveau douloureuses, et le passage à l'état chronique se constitue peu à peu. Faut-il encore des preuves plus convaincantes ; le cœur lui-même au cours de l'attaque de rhumatisme articulaire aigu est pris, et deux mois après le début de ces accidents, quand on examine la malade, elle porte les traces d'une endocardite grave, caractérisée par une insuffisance aortique et un rétrécissement mitral typique. Or on sait combien l'endocardite est rare dans le rhumatisme chronique, combien elle est fréquente dans la polyarthrite aiguë.

Chez un autre malade, cette démonstration est tout aussi nette. C'est seulement après cinq ou six attaques de rhumatisme articulaire franc que surviennent les déformations ; et une fois ces déformations produites, le malade continue à présenter tous les ans, une attaque de polyarthrite aiguë distincte des poussées dues à son rhumatisme chronique secondaire. Les attaques aiguës cèdent au salicylate de soude, les poussées subaiguës de la polyarthrite déformante, ne sont pas influencées par l'administration de ce médicament chez ce sujet aussi, on note des lésions cardiaques remontant à l'arthro-rhumatisme aigu : insuffisance aortique et rétrécissement mitral avec symphyse cardiaque.

Quelquefois le rhumatisme aigu : a bien de la

tendance à produire une prolifération du tissu fibreux ; mais cette prolifération n'est que passagère, et la guérison survient après un temps plus ou moins long, comme dans l'observation de M. Meynet dont nous avons déjà parlé. Et on assiste ainsi au passage des cas légers aux cas graves, de ceux où le rhumatisme articulaire franc produit des déformations momentanées, à ceux où il entraîne des désordres irrémédiables.

Nous observions encore récemment dans un hôpital d'enfants, une fillette de 9 ans atteinte de rhumatisme déformant progressif depuis 14 mois. En interrogeant le passé de cette enfant, on apprenait qu'avant toute déformation, elle avait souffert d'une atteinte de rhumatisme articulaire aigu franc.

Il est probable que dans les nombreux cas de rhumatisme chronique qu'on observe, on trouverait bien souvent la polyarthrite rhumatismale aiguë au début de l'affection chronique, si on cherchait dans ce sens ; même en faisant la part des cas où la manifestation aiguë peut être interprétée dans le sens d'une poussée inflammatoire nouvelle au cours d'un rhumatisme chronique.

On peut invoquer aussi la simple coïncidence entre les deux affections : le rhumatisme articulaire aigu et la polyarthrite déformante progressive ; quand l'un vient compliquer l'autre. C'est l'explication donnée par M. Hanot dans un cas analogue à ceux dont nous parlons coïncidence dans certains cas, soit. Encore faut-il avouer que l'esprit a une grande tendance à rattacher l'une à l'autre deux affections qui se suivent avec enchaînement si intime. M. Hanot n'invoque

la scrofule comme cause prédisposante du passage à la chronicité des accidents articulaires que la scrofule entre pour une large part dans la préparation du terrain, nous l'admettons avec ce maître ; mais on est tout à fait autorisé à rejeter l'idée que le rhumatisme articulaire aigu ait pu servir de cause déterminante aux accidents articulaires chroniques. Mais même en récusant cette manière de voir, il n'en est pas moins certain, dans le cas auquel nous faisons allusion, qu'il y a eu chez la même malade, à la fois rhumatisme chronique et rhumatisme articulaire aigu. L'antagonisme décrit par certains auteurs entre ces deux affections n'est donc pas si absolu qu'on l'a dit. Le Prof. Peter a rapporté dans une clinique l'histoire d'un malade qui avait été successivement atteint de rhumatisme déformant, de rhumatisme articulaire aigu et de goutte.

Les conclusions si absolues auxquelles sont arrivés nombre de pathologistes tiennent à ce fait ; c'est qu'on a trop voulu faire une entité morbide du rhumatisme chronique et même du rhumatisme nouveaux. De ce que cliniquement tous ces cas se rassemblent est-ce à dire qu'ils soient imputables à une même étiologie et à une pathogénie unique. Un ensemble de symptômes ne suffit pas toujours à individualiser une maladie ; il faut encore la connaissance des conditions déterminantes de cette maladie. Les arthrites aiguës, les pseudo-rhumatismes infectueux de Bouchard, ont beaucoup de symptômes communs, et pourtant elles reconnaissent des causes bien différentes, puisqu'on peut les observer dans

la plupart pour ne pas dire dans toutes les maladies infectieuses : blennorrhagie, érysipèle, fièvre typhoïde, scarlatine, infection purulente, rougeole.

Aujourd'hui du reste, une scission tend à se faire dans le rhumatisme déformant, progressif. Dans une clinique de l'Hôtel-Dieu, M. Marie distingue en effet deux formes à cette affection : l'une, évoluant avec fièvre, par poussées aiguës et probablement de nature infectieuse ; l'autre, sourde dans ses allures, évoluant lentement et sans grande douleur, pouvant être rattachée à une origine diathésique. « Le rhumatisme chronique déformant tel qu'il est décrit actuellement, doit être dissocié. Il y a au moins deux formes de la maladie.

Dans la première forme, le début est brusque, les articulations sont prises successivement et à de courts intervalles, et chaque poussée est accompagnée de fièvre et de douleurs locales avec gonflements.

Dans la seconde forme, le début est lent, essentiellement progressif. Le malade ne s'aperçoit pas de ce qui lui arrive. Les jointures se dévient peu à peu ; le corps se courbe en avant ; mais il n'y a pas de fièvre, pas de phénomènes aigus. Toujours les malades ainsi atteints sont âgés, tandis lorsque l'affection revêt des allures aiguës, il s'agit de sujets qui n'ont généralement pas dépassé 50 ans ; qui sont parfois même beaucoup plus jeunes ; les enfants, ainsi que l'ont montré Cornil, Moncorvo, Lacaze, Dory, pouvant aussi être frappés.

La forme chronique est fréquemment héréditaire ; l'hérédité est au contraire très rare dans les cas où la maladie a évolué rapidement.

Voilà donc dans le rhumatisme, noueux de Trousseau, deux formes de déformations bien tranchées ; l'une, de nature infectieuse, frappant surtout les jeunes et évoluant rapidement ; l'autre, diathésique, atteignant principalement les personnes âgées et évoluant insidieusement et avec lenteur. C'est à cette dernière forme qu'on peut, avec le Professeur Bouchard, donner le nom de maladie de déchéance par misère physiologique. Or, si cette dernière a peu ou pas de rapports avec la polyarthrite aiguë fébrile, il ne nous semble pas qu'il en soit ainsi de la première. Tous les cas de rhumatisme chronique, consécutifs au rhumatisme articulaire aigu que nous avons pu observer, rentrent en effet dans ce cadre. Jeunesse des sujets atteints, évolution rapide, poussées aiguës ou subaiguës fréquentes.

Par quel mécanisme agit la polyarthrite aiguë fébrile ? Est-ce une maladie qui se prolonge, en perdant de son acuité, ainsi que le veulent certains auteurs ; est-ce une affection qui se complique, la première atteinte n'ayant fait qu'appeler l'action d'une cause différente. Autant d'hypothèses encore pleines d'inconnues. Le rhumatisme aigu agit-il comme une maladie infectieuse ? C'est fort possible, mais la démonstration ne peut en être donnée à l'heure actuelle, toute tentative dans la recherche de l'agent du rhumatisme articulaire aigu, ayant échoué jusqu'ici.

OBSERVATION I. (Personnelle. Inédite.)

Rhumatisme articulaire chronique succédant au rhumatisme articulaire aigu,

La nommée Laure F..., âgée de 55 ans, exerçant la profession de repasseuse vient consulter à l'Hôtel-Dieu à la fin d'août 1895.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une tumeur du sein.

Père mort d'une bronchite (?) à l'âge de 69 ans. Cette bronchite aurait duré 2 mois. Ni le père ni la mère ne paraissent avoir souffert de rhumatisme.

Du côté des oncles et tantes paternels ou maternels rien de particulier.

La grand'mère maternelle aurait porté des béquilles sur la fin de sa vie ; mais la malade ne l'a pas connue et ne peut dire de quelle infirmité elle était atteinte.

Antécédents personnels. — Tout enfant, la malade a eu des taies cornéennes qui ont persisté très longtemps. Le médecin qui la soignait avait diagnostiqué une affection scrofuleuse.

Elle a été mariée à 21 ans ; a eu six enfants dont deux actuellement vivants, quatre sont morts ; un d'endocardite (?), un à l'âge de 10 jours d'athrepsie, un à l'âge de 2 ans de rougeole ; il était très rachitique.

Le quatrième en venant au monde.

Des deux enfants vivants, l'un a aujourd'hui 32 ans et souffre de sciatique ; l'autre âgée de 25 ans est atteinte de rhumatisme noueux (diagnostic porté à la Pitié où elle est actuellement en traitement).

Notre malade a eu une angine à l'âge de 22 ans, sans suppuration amygdalienne.

A 23 ans, elle a fait une péritonite pour laquelle elle est restée 4 mois à l'hôpital Lariboisière.

Aucune autre maladie ; pas de suppuration.

En 1870, la malade avait alors 30 ans, elle fut prise brusquement de douleurs dans la jambe gauche. Ces douleurs siégeaient au niveau de la cuisse et de l'articulation du genou, cette articulation était gonflée, rouge, très douloureuse; quelques jours après le cou-de-pied du même côté se prenait, puis le genou du côté droit et ensuite les articulations des membres supérieurs, notamment les épaules et les coudes. La fièvre était vive, il y avait de l'inappétence, de la soif, des sueurs abondantes.

On la traita par l'enveloppement ouaté des articulations malades, l'application de teinture d'iode, aux points douloureux. A l'intérieur, sulfate de quinine, le soir.

Cet état dura 2 mois, puis les phénomènes douloureux s'amendèrent, et la tuméfaction disparut.

Quelque temps après, les jointures commencèrent à se déformer, et en sont arrivées progressivement à l'état que nous constatons aujourd'hui.

Dans l'année qui suivit cette atteinte de rhumatisme, la malade remarqua que ses cou-de-pied étaient gonflés le soir, surtout quand elle s'était livrée à des travaux pénibles. En même temps, elle était essoufflée, à l'occasion d'un effort, de la marche ou de l'ascension d'un escalier.

Cet état ne s'est pas modifié beaucoup depuis.

A l'heure actuelle (24 août 1895) la malade souffre un peu partout, principalement dans l'articulation scapulo-humérale gauche, le poignet droit et l'articulation metacarpo-phalangienne du pouce, du côté gauche. Ces articulations sont gonflées; les tissus périarticulaires sont épaissis; les doigts, principalement le médius et l'annulaire des deux mains sont déformés. La première et la troisième phalanges sont en flexion; la deuxième phalange est en extension forcée. Les doigts et la main dans leur ensemble sont portés vers le bord cubital.

Aux pieds, il n'existe pas de déformation.

La malade se plaint de poussées douloureuses survenant deux fois par an, surtout pendant les saisons humides. Elle accuse de l'œdème des jambes et des cou-de-pied. Elle est essoufflée.

Au cœur. — Les bruits de la pointe sont normaux. On n'entend à la base, au niveau du deuxième espace intercostal droit, près du sternum, un souffle diastolique râpeux, se propageant dans toute la région précordiale et sous la clavicule droite. Ce bruit se propage dans les vaisseaux du cou, la malade a le teint pâle, et souffre de palpitations fréquentes et de vertiges.

Les autres organes sont sains.

Traitement. — Salicylate de soude 5 gr. par jour, teinture d'iode en application. Bains de Barèges.

On ne revoit plus la malade.

OBSERVATION II (inédite).

Communiquée par M. J. AUCLAIR, interne des hôpitaux.

La nommée Jeanne P..., âgée de 40 ans, exerçant la profession de matelassière vient consulter à l'Hôtel-Dieu, le 13 juillet 1893.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort poitrinaire. Sa mère est bien portante et n'a jamais eu de rhumatisme.

Antécédents personnels. — A l'âge de 15 ans, fièvre intermittente d'une durée de 13 mois (fièvre quarte).

Elle a eu 5 enfants, tous vivants à l'heure actuelle. Le plus jeune est âgé de 7 mois. Aucun d'eux n'a eu de manifestations rhumatismales.

Il y a 4 ans, angine membraneuse, qui s'est déclarée environ un mois après une de ces couches. A la suite, sensibilité du côté de la gorge, mais pas de suppuration. Enfin bien portante jusqu'à, il y a 7 mois, époque de sa dernière couche. Quelques jours après, elle a été renversée par une voiture qui lui a fracturé une côte. Elle entre à la Charité, service de M. Desprès et y reste 20 jours. Deux jours après sa sortie de l'hôpital, elle est prise chez elle, de douleurs dans la jambe droite, au niveau du cou-de-pied, puis successivement dans le genou, dans l'épaule,

le poignet, les doigts du côté droit. Presque en même temps, les articulations correspondantes du côté gauche se prennent. Quelques jours après l'articulation temporo-maxillaire gauche est atteinte. Toutes ces articulations sont gonflées, douloureuses. La fièvre oscille entre 38° et 39° ; il y a des sueurs abondantes.

Traitement : Salicylate de soude à doses élevées.

Les jours suivants, l'amélioration survient peu à peu, la tuméfaction et la douleur s'amendent, la fièvre tombe.

Au bout de quelques jours, la malade se croit guérie et veut recommencer à travailler, mais après une période très courte, elle s'aperçoit que ses jointures se déforment. Elle vit ainsi pendant plusieurs mois, et les déformations s'accroissent. De temps en temps, il y a des poussées douloureuses du côté des jointures déformées.

En juillet, elle se décide de venir consulter à l'Hôtel-Dieu.

A ce moment, les mains, les poignets, les épaules, les cou-de-pieds, les genoux sont pris. Aux mains la tuméfaction est surtout accusée du côté de l'index et le médius. Les articulations métacarpo-phalangiennes de ces deux doigts sont tuméfiées et douloureuses. Le poignet surtout, dans sa partie inférieure est un peu tuméfié. Les doigts ont une tendance à s'incliner vers le bord cubital. Les déformations que nous venons de décrire se rapportent à la main droite.

A la main gauche, les déformations sont à peu près les mêmes, mais l'annulaire participe plus que l'annulaire droit à la tuméfaction déjà décrite.

Les épaules sont douloureuses. L'épaule gauche est plus petite que celle du côté droit ; l'atrophie des muscles sus-épineux et sous-épineux, pectoraux est surtout accusée.

Aux pieds, pas de déformation.

Au cou-de-pied droit légère tuméfaction.

Au genou, tuméfaction peu accusée, peu de liquide dans l'articulation ; la rotule est mobile, et en la mobilisant, on ne détermine pas de crépitation.

A gauche l'aspect est semblable. Le gros orteil est un peu

plus dévié en dehors. L'articulation métatarso-phalangienne est assez accusée.

Le genou gauche est comme le droit.

Un mois après le début des douleurs, la malade a commencé à sentir de l'oppression des douleurs précordiales, le médecin appelé a prescrit deux vésicatoires à huit jours d'intervalle.

Aujourd'hui, le cœur ne présente rien de spécial ni à l'inspection, ni à la percussion. A la palpation, frémissement cataire.

A l'auscultation, on entend au premier temps à la pointe un souffle, nettement présystolique et un dédoublement du deuxième temps.

A la base et au deuxième temps un souffle accusé surtout au niveau de l'orifice aortique.

La pointe du cœur ne paraît pas déplacée.

Le pouls est régulier, égal, fort. La malade n'a jamais eu d'œdème des membres inférieurs, mais tous les matins vers 4 heures, elle est prise d'accès de suffocation qui la forcent à se lever. Elle est essouffée quand elle monte les escaliers.

Les appareils respiratoires et digestifs sont normaux.

La malade a beaucoup maigri et elle attribue cet amaigrissement aux douleurs articulaires qui gênent constamment son sommeil.

Elle ne peut plus se livrer à son travail habituel; et ses doigts sont devenus maladroits.

Traitement. — Iodure de potassium à la dose de 0,50 centig. chaque matin.

Bains sulfureux, tous les deux jours.

Teinture d'iode sur les articles douloureux.

Enveloppement ouaté.

20 juillet. — L'état de la malade n'est pas sensiblement modifié. Toutefois, les articulations paraissent un peu plus libres. Elle a voulu travailler le 18 juillet et souffre davantage depuis.

Elle présente depuis quelques jours, une exostose, au niveau du bord postérieur du cubitus, près de l'articulation du coude.

Cette exostose est double. Elle n'est pas mobile. Elle a le volume d'un haricot ; elle est indolore.

Nouvelle prescription : bains de sable locaux, au niveau des mains, aussi chauds que la malade peut les supporter.

Teinture d'iode à l'intérieur (V gouttes 2 fois par jour). Arsenic. — (on commence par VIII gouttes de liqueur de Fowler en 2 prises.)

5 Août 1895. — Les mouvements des mains sont beaucoup plus libres ; la tuméfaction est moins accusée. Du côté des pieds, la malade souffre toujours, mais l'enflure a disparu.

Les exostoses cubitales sont moins volumineuses surtout à gauche, où elle a presque disparu.

Traitement : XII gouttes de teinture d'iode par jour.

Bains sulfureux.

19 août. — Les mains et les autres articulations sont toujours dans le même état. Il y a des jours d'amélioration et des jours de rechûtes. La malade se plaint beaucoup de son cœur. On entend toujours un souffle présystolique et un souffle diastolique à la base au niveau de l'orifice aortique.

On prescrit : digitale pendant trois jours.

Premier jour : 30 centigr. de macération.

Deuxième jour : 20 —

Troisième jour : 10 —

On cesse momentanément la teinture d'iode et les bains sulfureux.

A partir de cette époque on ne revoit plus la malade.

OBSERVATION III (Inédite).

Communiquée par M. Jules AUCLAIR, Interne des hôpitaux.

Attaques répétées de rhumatisme articulaire aigu. Rhumatisme chronique consécutif. — Purpura.

Le nommé Pierre Dub... âgé de 25 ans, exerçant la profes-

sion de plongeur dans un restaurant, entre le 28 octobre 1895, salle Saint-Denis, lit n° 10, (service de M. le professeur Cornil.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter d'anormal.

Antécédents personnels. — Rougeole à 12 ans ; Première attaque de rhumatisme articulaire aigu à 17 ans, caractérisée par des douleurs très accusées dans les cous-de-pied et les genoux. Pas d'angine antérieure. Cette attaque dura quatre mois et ne semble pas avoir laissé de traces.

Depuis ce temps, tous les ans nouvelle attaque de rhumatisme, en automne, l'angine manque à chaque fois.

A la deuxième attaque, le médecin qui soignait le malade aurait constaté un souffle au cœur.

Il y a 3 ans, à la 6^e attaque de rhumatisme, des pieds et des mains ont débuté. Ces déformations semblent s'être constituées immédiatement et les attaques suivantes du rhumatisme articulaire aigu ne paraissent pas avoir augmenté ces déformations.

Dans aucune attaque, jusqu'ici, il n'y avait eu de purpura.

Maladie actuelle. — Le 18 octobre 1897, le malade fait une chute sur le genou gauche, douleur gonflement de cette articulation, à la suite, le lendemain apparaît sur la jambe des taches purpuriques ne remontant pas plus haut que les mollets. Malgré cela, le malade travaille encore six jours. Il vient ensuite consulter à l'hôpital où on lui ordonne du salicylate de soude ; (12 grammes en 3 jours et le repos au lit). Le malade rentre chez lui exécute sa prescription. Après 3 jours de repos, il reprend son travail, mais il est immédiatement obligé de s'arrêter, car les deux genoux sont très douloureux.

Il entre à l'Hôtel-Dieu, le 28 octobre 1895, à son entrée, le malade présentait une éruption purpurique moyennement abondante, localisée surtout aux membres inférieurs. Cependant le tronc et les membres supérieurs n'étaient pas indemne.

Les douleurs siégeaient aux genoux, le droit surtout, le gauche ayant été en partie guéri par l'application d'un vésicatoire ; puis aux membres supérieures, coudes et poignets des deux côtés. Ici les douleurs étaient beaucoup plus vives, lancinantes.

Les mêmes articulations étaient très tuméfiées et de plus il y

avait un œdème très accentué des mains remontant jusque sur l'avant-bras. Cet œdème était blanc. La face était également bouffie.

La température était de 34°.

Traitement, 5 grammes de salicylate de soude en 3 prises, dans la journée pendant 2 jours ; par 3 grammes administrés de la même façon, les jours suivants.

Depuis le premier jour de son entrée, l'éruption s'est développée, le nombre de taches a augmenté, et celles-ci sont devenues plus nombreuses aux membres supérieurs et sur le tronc. Le 2^e jour la muqueuse gingivale est devenue douloureuse et rouge, sur le rebord alvéolaire, la conjonctive du côté droit est rouge, œdémateuse, elle est le siège d'une tache purpurique, la vue est impossible.

Les douleurs et le gonflement ont diminué. La fièvre, pendant ce laps de temps, a été assez irrégulière, son maximum a eu lieu vers le 2^e jour de l'entrée à l'hôpital. La température atteignait alors 39° 5. Elle est descendu à 36° 8 le 1^{er} novembre. Le 4 novembre elle est remontée à 39°, puis est redescendue et aujourd'hui 6 novembre elle est de nouveau à 36° 8.

6 novembre. — Les douleurs et le gonflement ont presque disparu. Ils persistent encore cependant aux coudes et aux poignets.

Aux membres supérieurs, l'éruption comprend des taches d'âge différent ; les unes sont rouge vif, ou violacées ; d'autres ont déjà pris une teinte brune ou jaune ocre. Elles ne disparaissent pas à la pression. Quelques-unes sont légèrement saillantes et reposent sur une base dure. Leur disposition est à peu près symétrique sur les deux membres : il y a à la fois des pétéchies et des ecchymoses. Les ecchymoses sont plus abondantes sur la cuisse gauche, les pétéchies sur la jambe droite.

Ajoutons que les deux pieds sont déviés au valgus, le droit surtout ; que les gros orteils sont également déviés en dehors et que leur articulation avec les métatarsiens est déformée, globuleuse, du côté interne surtout. Ces déformations sont dues à des attaques de rhumatisme antérieur.

Aux membres supérieurs, l'éruption est d'âge plus avancé à droite qu'à gauche. Elle est surtout constituée par des ecchymoses.

Au tronc, on voit, au devant de la poitrine, des taches dont la plupart sont ecchymotiques et datant de plusieurs jours. Sur le dos au contraire, elle sont plus récentes, et constituées par de larges ecchymoses irrégulières.

Quelques-unes siègent à la région des lombes, elles sont amoindries et moins étendues.

A la face. L'éruption est moins abondante que dans les autres régions ; on note surtout quelques ecchymoses pas très étendues au front, des pétéchies au menton : les joues sont peu atteintes. Enfin on note quelques taches sur les paupières. A gauche on en voit une dans le grand angle de l'œil et une autre, à la paupière inférieure.

Déformations des membres supérieurs. Les mains présentent les traces des rhumatismes anciens ; la déformation est à peu près symétrique mais plus accusée à droite ; les phalanges dans leur ensemble sont déviées vers le bord cubital de la main : celle-ci présente une attitude voisine de celle dite inflexion, les phalanges sont fléchies à angle dépassant l'angle droit sur les métacarpiens et les articulations métacarpo-phalangienne déformées. La phalange est légèrement fléchie sur la phalange et cela d'autant plus qu'il s'agit d'une articulation plus rapprochée du bord cubital de la main. Celle-ci porte en outre les traces d'un œdème récent en voie de disparition, les poignets sont tuméfiés, douloureux, les parties profondes sont épaissies ; la tête du cubitus est très saillante à droite surtout.

Les mouvements des articulations sont gênés, douloureux.

Cœur. Le 1^{er} bruit à la pointe est soufflant (insuffisance mitrale), on entend en outre un roulement diastolique très net avec dédoublement du 2^e temps. (rétrécissement mitral.)

A la base souffle diastolique au niveau du 2^e espace intercostal droit (Insuffisance aortique).

Quand on examine la région précordiale on voit qu'elle est le siège d'une ondulation, il y a, en même temps, un retrait de la pointe, au moment de la systole. (Symphyse cardiaque.)

En dehors de ses poussées de rhumatisme, le malade se plaint d'avoir assez souvent de l'oppression cardiaque et de l'œdème des membres inférieurs surtout les soirs et à l'occasion de fatigues.

Les poumons sont sains.

Le tube digestif représente rien d'anormal.

Rien du côté des organes génito-urinaires ni sucre, ni albumine dans les urines.

6 novembre. — Température soir : 38° 5.

7 novembre. — Température : 36° 8. La face est bouffie, l'œdème est très net au front, le malade se plaint de maux de tête. L'éruption continue, les taches notées les jours auparavant sont déjà jaunes et revenues au même niveau que la peau saine.

Dans la nuit du 7 au 8 novembre, le malade a été pris d'un accès de toux qui a duré un quart d'heure, puis de douleurs de gorge. Les douleurs sont revenues plus intenses, du côté des deux bras, particulièrement dans les coudes et les épaules où il accusait des élancements.

Le lendemain matin, à la visite, le malade présentait un œdème très accentué de la face et du dos des mains. Les paupières et le front étaient le siège d'une tuméfaction pâle.

En examinant la gorge, on apercevait un œdème pâle, également marqué au niveau du voile du palais et des amygdales. Celles-ci blanchâtres, œdémateuses avaient l'apparence de deux petites vessies, légèrement rosées et transparents. Il n'y avait nulle part trace de pétéchies ou d'ecchymoses.

On prescrit : Gargarismes fréquents avec de l'eau boriquée très chaude ; lavage des yeux avec la même eau ; et pour le soir deux grammes d'antipyrine et deux grammes de salicylate de soude.

Le lendemain, les phénomènes inflammatoires et douloureux avaient en partie disparu, l'œdème était très diminuée, surtout du côté de la gorge, mais une nouvelle éruption, de taches purpuriques s'était produite sur tout le corps. Ces taches ecchymotiques par place, étaient rouge violacé, surélevées avec une base très nettement indurée. Leur étendue variait de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de cinq francs.

Les plus petites étaient rares ; les moyennes, c'est-à-dire, celles mesurant la grandeur d'une pièce de un franc, très abondantes. De plus le malade présentait du côté de la face, au niveau du front, des joues, au pourtour des lèvres, des ailes du nez et des yeux, des taches purpuriques, indurées, irrégulières dans leurs formes, et ayant l'étendue d'une grosse lentille à celle d'une pièce de 20 centimes.

Les urines examinées ce jour là, comme les jours précédents n'ont pas présenté d'albumine.

L'état général reste bon, il n'y a pas d'embarras gastrique ; l'appétit est même tout à fait conservé.

Le 10 novembre. — état stationnaire.

Le 11 novembre. — Les taches des jours précédents commencent à disparaître ; l'œdème de la face a disparu celui des mains persiste en partie, surtout du côté de la main gauche. Nouvelle éruption du côté du dos.

Examen des urines. Néant.

12 novembre. — Légère poussée purpurique sur les membres inférieures et l'abdomen. Les douleurs ont disparu ainsi que l'œdème.

13 novembre. — Quelques légères pétéchies sur les cuisses, peu étendues, un peu surélevées, l'œdème de la face et des mains à tout à fait disparu. Il y a un œdème assez accentué du fourreau de la verge, s'arrêtant net au niveau de la racine du pénis.

Pas d'albumine dans les urines. Celles-ci sont fortement teintées en rouge. Examen au microscope : pas de sang.

15 novembre. — Œdème toujours marqué du fourreau de la verge, surtout du prépuce, quelques nouvelles pétéchies. Le malade est oppressé. A l'auscultation du cœur, on entend les bruits dont nous avons parlé, mais surtout le dédoublement du 2^e temps.

8 décembre. — Pendant les semaines qui ont précédé, l'état général et local ont été excellents ; pas de nouvelle éruption. Le malade pouvait se lever à peu près toute la journée. Le 8 décembre au matin, il est pris de colique ; on lui donne un lavement glyciné et quelques instants après, le malade rend avec son lavement du sang très rouge et tout à fait mélangé aux selles. En

même temps, nouvelle éruption de taches purpuriques sur les deux jambes, et au niveau des lombes. En ce dernier point l'éruption est beaucoup plus discrète. Les taches sont plus petites et moins saillantes que les autres fois.

10 décembre. Les hémorrhagies intestinales sont tout à fait calmées, malgré la diarrhée qui persiste.

Traitement. — Une cuillerée à café d'une solution de chlorure de calcium à 1 gr. pour 5 gr. d'eau.

Pas de nouvelle éruption purpurique ni douleurs jusqu'au 26 décembre, époque à laquelle le malade part en convalescence à l'asile de Vincennes.

OBSERVATION IV (Inédite). Personnelle.

Rhumatisme articulaire chronique consécutif à une attaque de rhumatisme articulaire aigu. — Insuffisance aortique.

La nommée Sophie H..., âgée de 56 ans, ayant exercé la profession de cantinière, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le Professeur Straus, le 15 février 1896. — Salle Sainte-Marie, lit n° 37.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier, son père et sa mère sont morts âgés et n'ont jamais eu de rhumatisme.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave dans son enfance ; a eu la rougeole à 5 ans.

Mariée à 17 ans à un cantinier, mais n'a jamais eu d'enfants.

Elle fait la campagne d'Italie, mais pendant toute cette période elle se porte bien et n'a jamais présenté les moindres manifestations articulaires.

En 1865, elle part en Algérie, exerçant toujours son même métier. Quelques mois après, elle est prise brusquement de douleurs très violentes dans les deux genoux et le cou-de-pied gauche, et forcée de s'aliter. Elle avait souffert quelques jours auparavant d'une angine tout à fait disparue au moment de l'éclo-

sion des premières douleurs. Les articulations prises sont tuméfiées, rouges, et tout mouvement exaspère la douleur, spontanément très forte. Les jours suivants, les jointures prises au début s'améliorent, mais le cou-de-pied droit, et les articulations des membres supérieurs se prennent également. Les phénomènes inflammatoires sont surtout marqués à l'épaule droite et au poignet du même côté ; les articulations du doigt se prennent aussi.

Pendant tout ce temps la fièvre est vive, la soif intense ; la malade raconte qu'elle ne pouvait dormir à cause de l'intensité de la douleur et aussi par le fait des sueurs abondantes qui l'incommodaient d'une manière constante.

Comme traitement : deux vésicatoires : l'un sur l'épaule droite et l'autre au genou du côté opposé ; sulfate de quinine le soir à la dose de 1 gr. teinture d'iode sur les articulations tuméfiées et liniment chloroformé.

Cet état dure pendant près de deux mois, avec des moments d'aggravations et d'amélioration.

Vers la fin du 4^e mois de sa maladie, la malade ressent des palpitations, de l'angoisse précordiale, et une douleur intermittente, au niveau de la même région.

Déjà à cette époque, le médecin aurait diagnostiqué une lésion cardiaque.

Après deux mois, la malade est à peu près guérie ; mais elle remarque que certaines jointures se déforment. Cette déformation fait des progrès rapides, et s'accompagne de douleur survenant par accès, quelquefois vive, mais n'atteignant jamais l'acuité de la première atteinte de rhumatisme.

Ces déformations se sont constituées en dix mois environ et depuis cette époque n'ont fait aucun progrès ; mais de temps à autre, la malade souffrait de poussées articulaires subaiguës. Elle s'est plainte à différentes reprises de son cœur, a eu plusieurs fois les jambes enflées.

Actuellement elle souffre d'oppression, et c'est surtout pour ce motif qu'elle entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Aux membres inférieurs, les déformations portent surtout sur les deux genoux ; les tissus fibreux périarticu-

laïres sont augmentés de volume, et les mouvements spontanés ou provoqués sont lents, gênés et font entendre des craquements secs.

Les articulations des gros orteils avec le premier métatarsien sont augmentés de volume, déformées et les doigts dont leur ensemble sont inclinés vers la partie externe du pied.

Les cous-de-pied, les hanches sont indemnes.

Aux membres supérieurs, la déformation est surtout accusée au niveau du poignet droit ; cette articulation est tuméfiée ; les mouvements sont gênés ne peuvent parcourir leur étendue normale, les diamètres antéro-postérieurs et transverses sont notablement accrus, l'apophyse styloïde du cubitus est plus saillante qu'à l'état habituel.

Les articulations métacarpo-phalangiennes de tous les doigts, et surtout celles de l'index et du médus sont déformées. Les premières phalanges sont fléchies sur le métacarpien, les deuxièmes en extension sur les premières les troisièmes sont en flexion sur les secondes. Dans son ensemble, la main est inclinée vers le bord cubital. Ces déformations rendent la malade inhabile, et les douleurs aidant, elle a dû quitter son métier de cantinière depuis plus de 20 ans.

Au cœur, on entend à la base, dans le 2^e espace intercostal droit, un gros souffle râpeux, diastolique et un souffle plus léger au 1^{er} temps. Ce souffle s'étend dans toute la région environnante,

Le pouls est bondissant, régulier, à l'heure actuelle, il n'y a pas d'œdème malléolaire.

Les autres organes sont sains.

La malade présente cependant, sur le bord interne de la main gauche, près de la tête du 5^e métacarpien, un petit papillome. qu'on traite par les coutérisations au thermocautère. La santé générale est bonne ; la malade est naturellement pâle.

Traitement. — Repos au lit, régime léger, lait, boisson, diurétique.

Iodure de potassium, à la dose de 0 gr. 50 centigr. chaque matin. Après 15 jours, la malade se trouve améliorée et sort.

OBSERVATION V

Rhumatisme articulaire subaigu avec production des tumeurs multiples dans les tissus fibreux périarticulaires et sur le périoste d'un grand nombre d'os, par P. MEYNET, médecin de la Charité. In *Lyon médical* 1875, 20 p. 494, n° 49.

Jean S., âgé de 14 ans, né à Saint-Pierre de Choudieu (Isère) est entré à la Charité, salle Sainte-Aline, dans mon service, le 24 sept. 1875.

Ce jeune homme d'une bonne santé habituelle, d'une constitution solide, grand et fort, habite depuis plusieurs années avec ses parents un appartement humide. Il a eu il y a 7 ans, des douleurs articulaires dans le genou et le coude ; cette première atteinte n'a pas laissé de traces sensibles. Il y a deux ans, il a eu une nouvelle attaque de rhumatisme qui a duré beaucoup plus longtemps qui a été caractérisée par du gonflement articulaire avec rougeurs et douleurs dans un grand nombre de jointures et qui s'est accompagnée de fièvre vive avec sueurs abondantes ; c'est probablement de cette attaque de rhumatisme franchement aigu que date l'endocardite que nous signalerons plus loin. Enfin, il y a six semaines, il a été repris de nouveau de douleurs dans les articulations des membres supérieurs et inférieurs, et dans le côté de la poitrine, en même temps que des palpitations cardiaques très pénibles. On lui a posé en ville des vésicatoires sur la région précordiale et aux poignets et un topique dans le dos.

Il n'y a pas d'hérédité. Son père et sa mère jouissaient d'une bonne santé jusqu'au moment où ils sont venus habiter la maison où leur fils a contracté son rhumatisme ; mais depuis cette époque la mère a été prise en même temps que son fils de douleurs articulaires, qui l'ont affligée à plusieurs reprises, et aujourd'hui même elle serait alitée comme lui et présenterait des

tumeurs semblables à celles que nous allons décrire dans un instant.

A l'entrée du jeune homme à la Charité, nous constatons l'état suivant : gonflement considérable des deux poignets dûs à la fois à l'arthrite radio-carpienne et à l'hydropisie des synoviales des tendons fléchisseurs et extenseurs des doigts ; sur le dos de la main des deux côtés, la tuméfaction est molle, fluctuante, formant un bourrelet volumineux qui se prolonge jusqu'au milieu du métacarpe où il se termine brusquement ; à la face antérieure existe également une tuméfaction molle et fluctuante qui remonte sans limites précises le long des tendons fléchisseurs, sur le trajet de ces tendons on trouve un chapelet de petites nodosités du volume d'une lentille ou d'un pois, dures au toucher, non douloureuses, et adhérentes notamment à ces tendons ; leur nombre est très considérable de chaque côté.

Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes elles-mêmes sont gonflées et douloureuses surtout au niveau du pouce et de l'index droits ; les doigts sont dans une demi-flexion et ne peuvent s'étendre complètement sans provoquer de vives douleurs. Tout autour de ces articulations on trouve de petites tumeurs molles et volumineuses qui affectent la forme et le siège des tophus et qui ont déformé les jointures des doigts, mais qui présentent un caractère particulier d'être mobile et de pouvoir glisser sous la pression qu'on leur communique. Aux deux avant-bras, on retrouve des tumeurs semblables siégeant sur le bord interne du cubitus et paraissant au premier abord se tenir entre le périoste et l'os ; mais un examen attentif en plaçant le membre dans le relâchement, montre que ces tumeurs sont également mobiles et qu'elles peuvent glisser sur l'os ; néanmoins leurs connexions avec le périoste n'est pas douteuse.

Les coudes au rapport du malade ont été le siège de douleurs articulaires aujourd'hui disparues ; mais l'épicondyles et l'épitrochlée paraissent déformer et grossir par la présence de nodosités semblables à celles que nous avons décrits plus haut. Les deux genoux sont très douloureux et gonflés il y a mani-

festement un peu d'hyarthrose du côté droit ; mais tous deux sont également les sièges de tumeurs nombreuses formant une sorte de couronne autour de l'articulation ; parmi ces tumeurs les unes ont le volume de petites noisettes, quelques-unes paraissent adhérentes aux extrémités osseuses, mais on peut cependant leur imprimer des mouvements de glissement.

Le même phénomène se retrouve au niveau des articulations tibio-tarsiennes, de plus, les tendons des extenseurs des orteils sont également le sièges des tumeurs multiples qui se déplacent dans les mouvements des tendons auxquels ils semblent accolés.

Nous retrouvons les mêmes tumeurs le long de la colonne vertébrale, qui surtout au niveau de l'articulation sacro-vertébrale forme une saillie du volume d'une grosse noisette et paraît tout à fait analogue aux bourses séreuses accidentelles. La tête présente un grand nombre de ces nodosités ; la malade a de la peine à se peigner et quoique ces tumeurs soient généralement indolentes, la résistance qu'elles opposent à l'action du peigne est douloureuse ; deux occupent les basses occipitales postérieures et atteignent le volume d'un pois ; une est située au sommet de la tête au niveau de la suture fronto-pariétale ; enfin sur le front six de ces productions nouvelles dessinent un croissant à concavité supérieure très saillant et dont l'ouverture est de 3 à 4 cent. ; elles sont placées symétriquement et leur volume varie d'une lentille à un gros pois ; elles sont très mobiles et glissent facilement sur l'os sous-jacent. Ces dernières tumeurs sont toutes récentes ; d'ailleurs le malade affirme en avoir eu un bien plus grand nombre et suivant lui elles commenceraient à disparaître. Le cœur avons-nous dit est le siège d'une endocardite probablement ancienne, la pointe bat dans sixième espace intercostal sur la ligne normal.

Il existe un bruit de souffle systolique très rude à la pointe, en même temps qu'un léger frémissement cataire, et un mouvement d'ondulation très prononcé du sternum à la pointe sembleraient révéler quelque trace de péricardite ancienne ; le pouls est petit mais régulier ; quelque râle muqueux disséminés dans

les deux poumons, la fièvre qui a été plus intense au début, est à présent très modéré ; la chaleur de la peau est légère, et il y a à peine un peu de transpiration. Le malade affirme d'ailleurs que son attaque actuelle de rhumatisme est moins grave et moins aiguë que celle dont il a été affecté il y a deux ans.

L'état général est actuellement très bon ; il n'y a plus de fièvre et peu de douleur, même dans les mouvements communiqués, le gonflement articulaire a disparu à peu près partout sauf aux articulations des poignets et de l'indicateur droit ; les genoux sont aussi légèrement gonflés, le nombre des tumeurs que j'ai signalé plus haut a considérablement diminué ; aujourd'hui celle du front a disparu totalement ; à l'occiput ce n'est plus qu'une tuméfaction insignifiante qu'on retrouve difficilement. Ce n'est plus guère que le long du cubitus des deux côtés et aux genoux qu'on peut facilement se rendre compte de leur forme et de leurs dimensions, aux genoux surtout où elle atteignent encore un volume assez considérable. D'ailleurs un point important c'est ce que ces nodosités paraissent et disparaissent avec une grande rapidité ; nous en avons vu naître sous nos yeux pour ainsi dire du jour au lendemain et nous les avons vues s'étendre de même. Tout porte à croire que les dernières disparaîtront bientôt à leur tour. Ce malade a pris de l'iodure de potassium, mais seulement depuis une quinzaine de jours environ, et à une dose qui n'a pas dépassé 50 cent. environ par jour. Ce n'est donc pas au traitement qu'il faut attribuer la résorption de ces tumeurs d'autant plus qu'avant l'administration de KI. Le malade dit avoir vu un grand nombre de ces tumeurs se dissiper spontanément.

Quelle est la nature et le siège précis de ces néoplasmes ; il est évident pour nous qu'elles sont dues au rhumatisme ; il n'y a pas de syphilis chez ce jeune homme ni originelle ni acquise. D'ailleurs quoique extrêmement rares on a observé des autres faits du même genre dans le cours du rhumatisme. Frérich et Virchow avaient signalé des proliférations inflammatoires dans le tissu conjonctif mais il s'agissait surtout de rhumatisme musculaire ! Chez notre sujet il est évident que ce sont surtout *des*

tissus fibreux qui sont atteints, les *jointures*, les *tendons* et le *périoste*. Y a-t-il de véritables exostoses ? Nous ne le pensons pas, toutes ces tumeurs sont mobiles. Et quelques-unes paraissent adhérentes aux os, il est facile de voir que dans certaines attitudes, où le relâchement du membre est complet, on peut le faire mouvoir et glisser sur les os sous-jacents. D'ailleurs l'évolution rapide de ces tumeurs éloigne l'idée d'exostose. Cependant pour quelques-unes, il ne paraît pas douteux que le périoste ne soit lui-même le siège du néoplasme. Quoiqu'il en soit, ce fait m'a paru assez intéressant et assez rare pour être présenté à la société.

Depuis cette communication, le malade qui en faisait l'objet est sorti de la Charité ne présentant plus aucune trace de son rhumatisme, sauf la lésion cardiaque, que chez lui jusqu'à présent, comme on l'observe presque toujours chez les enfants ; n'a donné lieu à aucune altération sérieuse dans sa santé

OBSERVATION VI (Résumé.)

Arthrite rhumatoïde ; rhumatisme articulaire aigu et goutte chez le même sujet. Clinique de M. PETER. Gaz. des Hôpitaux, 4 juin 1887.

.
Cet homme a eu en 1872 une première attaque d'arthrite rhumatoïde, laquelle lui a laissé sur les doigts des deux mains des traces ineffaçables. Les mains sont difformes, recroquevillées sur elles-mêmes, dans le sens cubital.

Sept ans plus tard, en 1879, le malade fut atteint de rhumatisme articulaire aigu, et un peu après il fut en proie à une attaque de goutte. Cette dernière s'est manifestée sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied gauche. Aujourd'hui il présente sur l'hélix de l'oreille gauche un petit dépôt tophacé qui s'est formé comme tous les dépôts de ce genre.

OBSERVATION VII

Rhumatisme déformant anormal. Arch. Gén. de méd
Hôpital de la Pitié, Service de M. le Prof. LASÈGUE.

D..., 45 ans, d'apparence robuste n'a gardé les traces ni le souvenir d'aucune maladie grave ou durable.

Au mois de mars 1882, il a été pris pour la première fois de douleurs articulaires qui avec des alternatives d'apaisement et d'aggravation, ont persisté jusqu'à présent.

Les douleurs commençaient brusquement sans aucun signe prémonitoire, par les deux pieds, elles avaient leur maximum d'intensité au niveau des malléoles et s'accompagnaient d'une rougeur et d'un gonflement très apparents ; au bout de deux ou trois jours, elles envahirent les épaules. Le malade avait de la fièvre, de l'inappétence, il était à peu près incapable de faire aucun mouvement. On le transporta à l'hôpital Tenon où il demeura pendant trois mois. Dès les premiers jours de son séjour à l'hôpital deux articulations jusque là indemnes furent atteints ; celles de la première et de la deuxième phalange de l'annulaire gauche et la correspondante de l'index droit, les jointures très douloureuses, rouges, un peu tuméfiées au début, se déformèrent graduellement. Autour de celles de l'index droit, il se produisit un gonflement énorme, à peu près également réparti sur toute la périphérie de la jointure, tandis qu'à l'annulaire gauche il était beaucoup plus marqué vers la face dorsale que sur les côtés et surtout qu'en avant.

Au moment où il quittait l'hôpital, le malade était imparfaitement guéri, bien que son état général parut très satisfaisant. Il avait recouvré l'appétit et la force, les douleurs avaient disparu de toutes les jointures atteintes, mais tous les soirs, quand il avait marché dans la journée, il trouvait ses pieds enflés ; de plus les deux doigts atteints, quoique très diminués de volume, étaient encore notablement déformés.

Le malade était depuis trois mois dans la même situation quand le 20 septembre il fut pris brusquement de douleurs vives occupant les deux articulations tibio-tarsiennes, les deux genoux et les articulations phalangiennes déjà atteintes par le rhumatisme.

Le malade entra à la Pitié, le 22 avec très peu de fièvre ; la langue était blanche mais l'appétit à peu près conservé. Les deux articulations tibio-tarsiennes à peu près également atteintes étaient douloureuses, au niveau de l'insertion des ligaments latéraux : la face dorsale du pied était le siège d'une rougeur et surtout d'une tuméfaction diffuse, s'étendant depuis les orteils jusqu'à la naissance de la jambe et se prolongeant en arrière vers les malléoles.

Les genoux étaient augmentés de volume, rouges, douloureux ; à droite on trouvait facilement les signes d'un épanchement intra-articulaire médiocrement abondant. Au contraire, le genou gauche était distendu par le liquide, et la simple pression sur la rotule déterminait une fluctuation manifeste, au niveau du cul-de-sac de la synoviale.

Les deux articulations phalangiennes atteintes étaient douloureuses à la pression et pendant les mouvements ; la peau était rouge et infiltrée, les extrémités articulaires semblaient très tuméfiées, on obtenait de légers mouvements de latéralité indiquant la distension des ligaments et l'écartement des surfaces articulaires ; l'index droit dans son ensemble était volumineux, renflé à sa partie moyenne, effilé vers sa base et vers son extrémité : l'annulaire gauche un peu fléchi au niveau de la jointure atteinte, était moins régulièrement fusiforme, à cause de l'inégale répartition du gonflement beaucoup plus marqué en arrière que vers la face palmaire et sur les côtés.

L'auscultation du cœur, pas plus que l'examen des autres organes ne révélait les signes d'aucune lésion.

Le malade fut mis au salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour.

Au bout d'une huitaine de jours, les douleurs avaient notablement diminué, mais la rougeur et la tuméfaction des jointures

tures atteintes existaient toujours ainsi que l'épanchement articulaire du genou gauche.

Quelques jours plus tard, la douleur spontanée avait complètement disparu, la pression au niveau des ligaments latéraux du pied et du genou était encore un peu douloureuse, les doigts étaient dans le même état, qu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Le 10 octobre on donne au malade le premier bain d'air chaud sec, en se servant de l'appareil à briques réfractaires enfermées dans des boîtes isolantes, habituellement en usage dans le service ; et l'on continua cette médication deux fois par semaine.

A la fin d'octobre, la situation s'était peu modifiée, le malade n'avait aucune fièvre, mangeait et ne souffrait plus d'aucune douleur spontanée ; les mouvements provoqués des jointures atteintes étaient pénibles et très peu douloureux, même quand il leur opposait une certaine résistance. La rougeur qui existait aux pieds et aux genoux avait presque disparue, mais les hydarthroses étaient à peu près aussi abondantes qu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Enfin, les deux doigts atteints conservaient la même apparence ; la tuméfaction des parties molles était peut-être un peu moindre, mais la déformation était la même et elle semblait due à un gonflement considérable des extrémités osseuses.

OBSERVATION VIII

Prise dans le service de M. Déjérine à Bicêtre. (thèse de Virchaux, 1893. (Résumé)

Jean H..., 31 ans, journalier. Entré le 8 octobre 1888.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 58 ans de phtisie pulmonaire. Elle a été malade cinq mois, les privations paraissent avoir joué un rôle dans sa maladie. Père âgé de 69 ans, bien portant, jamais de douleurs.

Un frère et une sœur, tous deux en bonne santé, jamais de

rhumatisme. Deux autres enfants d'une autre mère sont bien portants.

Antécédents personnels. — Toujours délicat, maladif. Maux de tête.

Vers 11 ans, douleurs dans l'épaule gauche, assez violentes par moment pour l'empêcher de remuer le bras, puis dans l'épaule droite et le coude droit, mais ici douleurs beaucoup moins vives.

Sept à huit mois plus tard, vers 11 ans et demi, il a été pris de douleurs extrêmement vives dans la plante des pieds, d'abord dans le pied gauche puis dans le droit, C'est surtout après avoir marché un peu et particulièrement le soir, que ses souffrances étaient le plus violentes. Vers minuit ou deux heures du matin tout se calmait, et le lendemain, en se levant, il ne souffrait plus ; mais après avoir fait quelques pas, les douleurs de la plante du pied reprenaient très intenses : c'étaient des élancements, des picotements comme des piqûres d'aiguille. S'il venait à s'arrêter la douleur continuait et même augmentait encore ; Il lui était très pénible de se remettre en marche cependant après quelques pas, elle s'apaisait un peu et il pouvait marcher plusieurs heures sans trop de gêne ; mais au moment de s'arrêter elle reprenait plus vivement.

A cette époque, il ne couchait pas dans des chambres humides. Ni fièvre, ni sueurs ; appétit bien conservé. Les orteils sont bien indemnes.

Traitement au salicylate à plusieurs reprises, amélioration et même guérison momentanée. Jusqu'à 17 ans, assez bien portant pas de douleurs. A cet âge, il devient porteur de légumes au marché Lenoir, (faubourg Saint Antoine). Il travaille surtout la nuit, souvent dans l'humidité et par le froid. Dix mois après, un matin brusquement, il est pris dans le genou gauche de douleurs qui l'empêchent de se lever. Trois à quatre jours plus tard, le genou droit est atteint également. Dans l'intervalle, il était entré à l'hôpital Saint-Antoine. Les deux genoux enflent beaucoup, surtout le droit et la jambe droite. Le pied reste indemne.

Deux mois après, toujours à l'hôpital, les bras se prennent ;

d'abord l'épaule gauche peu enflée puis le coude très enflé, ensuite le poignet qui présente aussi une assez forte enflure, enfin les articulations phalangiennes du pouce et des quatre doigts enflées sur leur face dorsale.

La douleur la plus vive siégeait au genou gauche. Les articulations du genou étaient dans l'extension et les membres supérieurs ne pouvaient plus être ni pliés ni étendus. Les mouvements du bras étaient limités et douloureux, surtout ceux des doigts.

Fièvre 38°, 5 à 39° pendant dix mois. Sueurs. Appétit à peu près ordinaire.

Traitement : pommade, bains de vapeur. Après dix-huit mois de séjour à Saint-Antoine. Il va beaucoup mieux. Il peut reprendre son travail après quinze jours passés à Vincennes.

Pendant 8 ans il est en bonne santé.

En 1885 à l'âge de 25 ans, les douleurs le reprennent, d'abord dans la plante du pied gauche, vers les articulations métatarso-phalangiennes, puis dans toutes les articulations des orteils, surtout les dernières jointures, ensuite au talon et au genou gauche qui enfle beaucoup.

C'est à ce moment, quinze jours après le début de cette nouvelle poussée, qu'il entre à Bicêtre.

Cinq à six jours après, le genou droit se prend à son tour, puis la jambe et les articulations de tous les orteils droits, surtout les dernières. Après six semaines de traitement, (baume tranquille, opodeldock, salicylate), amélioration très notable, mais depuis, il est toujours resté exposé à des douleurs dans les orteils et les genoux ce qu'il l'a empêché de reprendre un travail suivi.

Il devait remonter de temps à autre salle Bichat (infirmierie) et garder le lit parfois plusieurs semaines.

Le 8 octobre 1888, il doit rentrer salle Bichat n° 20, et ne quitte plus le lit dès lors.

Brusquement un matin, il est repris de douleurs dans le genou gauche, assez vives pour l'empêcher de descendre de

son lit, augmentées par la pression, et les mouvements. Enflure peu considérable.

La jambe ne tarde pas à être atteinte, puis le pied et les orteils (il indique surtout les dernières articulations de ceux-ci).

Quatre à cinq jours plus tard, le genou droit est envahi, sans enfler beaucoup, puis les orteils (mêmes articulations).

Quatre mois après, les articulations du bras gauche se prennent, d'abord le poignet qui enfle passablement, puis les articulations phalangiennes des doigts et du pouce.

Le poignet droit ne tarde pas à être envahi aussi, ensuite les articulations phalangiennes, les articulations métacarpo-phalangiennes, et enfin le coude droit.

Pendant 8 à 9 mois, fièvre 38.5 à 39, sueurs, appétit assez bon.

Douleurs très vives au moindre mouvement, cris. Calmé par la morphine.

C'est avec cette nouvelle poussée que ce sont produites les déformations actuelles.

En un espace de dix mois, à partir du 8 octobre 1888, le malade en est arrivé à avoir les mains et les pieds dans l'état où nous les voyons aujourd'hui.

Depuis lors il ne peut plus se lever; et se plaint encore assez souvent de douleurs, moins vives, il est vrai, et l'engourdissement dans les membres.

Traitement à cette époque; pommades, salicylate, antipyrine, teinture d'iode.

Etat actuel. — Le malade est obligé de rester couché; tout ce qu'il peut faire, c'est de s'asseoir dans son lit et encore pas longtemps, à cause de la fatigue qui en résulte.

Les déformations portent sur les membres supérieurs et inférieurs, les articulations de la colonne vertébrale et de la mâchoire n'ont jamais été touchées.

Bras droit. — Epaule. Tous les mouvements sont bien conservés, à peine de temps en temps entend-t-on un petit craquement.

Les muscles, quoique diminués de volume, sont encore assez développés, ainsi qu'au bras.

Par moment, les douleurs reprennent dans l'épaule et immobilisent plus ou moins le bras pour un certain temps.

Coude. — La flexion de l'avant-bras sur le bras se fait bien, extension jamais complète. Quand on s'oppose à ces mouvements, il déploie encore assez grande force.

Mains. — Placées dans une très légère flexion habituellement. Flexion et extension très limitées, mouvements de latéralité nuls. Poignet un peu déformé, cinquième métacarpien saillant à son extrémité supérieure ainsi de même l'extrémité inférieure du cubitus. Nombreux craquements dans la jointure du poignet.

L'articulation du premier métacarpien avec le trapèze a conservé ses mouvements. Eminences thénar et hypothénar diminués de volume.

Doigts. Pouce. — La première phalange est fléchie à angle droit sur le premier métacarpien.

Pas de mouvements spontanés, ceux-ci se passent dans l'articulation trapézo-métacarpienne et dans l'articulation phalangienne.

Index. — Le malade n'a jamais souffert dit-il dans les trois jointures de ce doigt. Cependant on y entend des craquements dans toutes les articulations. Ce doigt est un peu fléchi sur le métacarpe et fortement incliné vers le bord cubital de la main ; en outre, il se trouve à cheval sur le médus.

Médus. — Fléchi en griffe et en même temps incliné vers le bord cubital.

Annulaire. — Même position que médus.

Auriculaire. — Incliné fortement vers le bord cubital et tordu de façon que la face qui regarde l'annulaire et tournée en haut et en dedans.

La main dans son ensemble est amaigrie, les espaces interosseux sont un peu déprimés ; il existe au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt une forte encoche formée par ce dernier.

Le malade peut encore se servir de son index comme d'une pince pour saisir les objets, pour fumer, etc.

Il a assez de force pour soulever des objets d'un certain poids.

Bras gauche, épaule, coude, poignet, etc., comptent des nombreuses déformations semblables à celle du membre supérieur droit.

Membres inférieures. — Les deux sont en position demi-fléchi, le droit plus fléchi que le gauche, la cuisse un peu fléchie sur le bassin, les pieds étendus sur la jambe.

Droit, hanche. — N'y a jamais souffert. Mouvements spontanés et provoqués s'y passent bien ; cependant la flexion de la cuisse sur le bassin est un peu limitée, probablement par suite de la douleur qu'il ressent au genou et peut-être aussi, de l'atrophie musculaire considérable.

Genou. — Se trouve enkylosé à angle obtus. Pas de mouvement, os saillants, sur tout la tête du péroné et la partie externe de l'extrémité supérieure du tibia.

Rotule immobile saillante.

Muscles de la jambe moins atrophiés que ceux de la cuisse.

Pied. — Position habituelle ; extension à angle obtus (30° environ) avec la jambe.

Les malléoles fortement saillantes.

Orteil. Gros orteil. — Incliné assez fortement en dehors. Premier métatarsien fait une forte saillie en dedans. Craquement dans ces autres articulations.

Autres orteils. — En griffe déformés et déviés en dehors.

Membre inférieur gauche. — Un peu moins atteint que le droit. Nombreuses déformations, déviations.

Sensibilité à la douleur, paraît très diminuée en quelques points. De même sensibilité thermique.

Troubles trophiques. — Ongles normaux poils devenus plus épais et plus longs aux membres.

Peau se renouvelle mal, traces des emplâtres persistant. Peau sèche, rude, poussière épidermique dans son lit.

OBSERVATION IX

Prise dans le service de M. DÉJERINE, à Bicêtre.

Thèse de Virchaux 1893 (Résumée).

H..., François, 31 ans, cordier, entré le 28 avril 1893.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 64 ans, asthmatique, mère morte à 39 ans, à la suite de couches. Deux frères, dont l'un a des douleurs de temps à autre. En somme bien portant.

Antécédents personnels. — A 4 ans psoriasis, à 24 ans fièvre typhoïde. A partir de là jusqu'à 28 ans, bien portant.

En 1890, le 16 juillet, il est pris brusquement des douleurs très violentes dans la plante du pied gauche; ces douleurs étaient d'abord des fourmillements, puis elles devenaient intolérables, c'étaient des tiraillements, des sensations d'arrachement. En même temps ou peu de temps après, la main gauche s'est prise aussi. Il y avait cas de fièvre (38° à 39°); les articulations des orteils et des doigts ont été frappées peu à peu et presque en même temps; gonflement très considérable, rougeur intense, surtout du côté dorsal, chaleur très marquée. — Une amélioration survient alors. A ce moment il travaillait encore un peu, non sans difficulté.

Un mois et demi après le début, les douleurs apparaissent dans les reins, et deux ou trois jours après dans toutes les articulations; genoux, hanches, pied droit et membres supérieurs; la colonne vertébrale cervicale a été atteinte également, et l'articulation temporo-maxillaire n'a pas été épargnée. Cette fois pas de fièvre.

Traitement: salicylate de soude, peu d'effet, teinture d'iode à l'intérieur, iodure de potassium.

Appétit très diminué. Régime lacté.

A partir de ce moment, les déformations ont commencé à se

former ; à mesure que le gonflement diminuait, les déformations et les ankyloses se sont produites, et après un an et demi elles étaient arrivées au point où elles en sont aujourd'hui. Les souffrances ont alors diminué, mais il se plaint encore quelquefois de douleurs dans les membres supérieurs, fourmillements, tiraillements qui durent une heure au plus et cessent ensuite ; dans les chevilles et aux genoux, il éprouve aussi des douleurs de temps à autre aux changements de température.

A la fin de l'année 1891, pendant environ un mois, il a ressenti des secousses brusques, douloureuses, dans les jambes durant l'espace d'une seconde, se répétant plusieurs fois par heure.

Ces douleurs partaient du genou ou parfois même de l'aîne, pour gagner les pieds ; en même temps que la secousse se produisait, la jambe se pliait malgré lui, son genou fléchissait ; mais immédiatement après le genou reprenait sa position normale.

État actuel. — Depuis un an il n'y a pas eu d'aggravation, les déformations sont restées telles qu'elles étaient alors.

État général assez satisfaisant, peu d'appétit ; les douleurs on à peu près complètement cessé.

Cependant, il se plaint presque continuellement de douleurs aux coudes et aux pouces, surtout lorsqu'il les mobilise.

Les membres inférieurs sont parfois douloureux (genoux et chevilles) aux variations de température.

L'atrophie musculaire est excessive et généralisée ; elle s'est produite dès le début. Après trois mois déjà il avait maigri de 30 livres.

Articulation temporo-maxillaire. Atteinte quoique assez légèrement, craquements, gêne pour mâcher les aliments durs, il peut écarter les mâchoires de 2 cent. à peine.

Vertèbres cervicales. Ankylose incomplète, il peut encore tourner la tête à gauche, mais à peine à droite ; il peut fléchir la tête sur la poitrine, mais seulement quand elle est en même temps tournée à gauche. Cette rotation à gauche est sa position habituelle.

Les inclinaisons latérales bien conservées.

Membre supérieur gauche.

Epaule. Moignon amaigri, saillies osseuses très marquées. Atrophie des muscles considérable. Mouvements conservés, craquements. Coude, poignet, doigts, etc. déformés.

Les autres membres présentent de même de nombreuses déformations.

CONCLUSIONS

1° On peut observer à la suite d'une ou de plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, des déformations articulaires chroniques, se rapprochant tout à fait du rhumatisme noueux décrit par Trousseau.

2° Ces déformations articulaires ont une évolution rapide et tourmentent sans cesse le malade par les poussées aiguës ou subaiguës qu'elle présentent.

3° Entre le rhumatisme articulaire aigu et ces déformations, il ne nous semble pas qu'il y ait simple coïncidence, mais relation de cause à effet.

4° L'antagonisme entre la polyarthrite aiguë fébrile, et certaines formes de rhumatisme déformant progressif, signalé par certains auteurs, est loin d'être absolu.

5° Dans ces formes de rhumatisme articulaire chronique qu'on tend aujourd'hui à séparer du rhumatisme noueux de la vieillesse, maladie de déchéance, le rhumatisme aigu franc agirait peut-être à la façon de maladies infectieuses (amygdalite) au cours ou à la

suite desquelles on a signalé des déformations articulaires chroniques (Charrin ; Marie.)

Vu : le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse;

STRAUS.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- J. Pollok.** Notes sur le rhumatisme. Londres, 1879.
- Hartmann.** Rhumatisme articul. aigu et chronique. Erlangen, 1874.
- Wirchow.** Zur geschichte der Arthrit. déformans. *Wirch. Arch.*, t. XLVII, p. 398, 1869.
- Grimm.** Zwei Falle v. acutem gelenkrheumatismus mit seltenen complicationem. *Dtsch. milit. arz'tliche Ztschr.* Berlin, 1875, XIV, p. 577-593.
- Hanot.** Considérations générales sur le rh. art. aigu. *Presse méd.* Paris, 1894, 471-74.
- Marie.** Les rhumatismes déformants. *Tribune médicale*, 9 janvier 1895.
- Peter.** Arthrite rhumatoïde : rhumatisme art. aigu et goutte chez le même sujet. *Gaz. des Hôpitaux*, 9 juiln 1887.
- Lasègue.** *Arch. gén. de méd.*, déc. 1882. Rhumatisme déformant anormal.
- Fernet.** Du rhumat. aigu et de ces diverses manifestations. Thèse de Paris, 1863.
- Meynet.** Rhum. art. subaigu avec production de tumeurs multiples dans ces tissus fibreux périarticul. et sur le périoste d'un grand nombre d'os. In *Lyon médical*, n° 49, 5 déc. 1875, p. 494.
- Lanceraux.** Le rhumatisme chronique, ses causes, ses symptômes, ses formes. *Union médicale*, 1890.
- Charcot, Bouchard.** Traité de médecine, t. I, Art. rhum. chron. par P. Legendre.
- Lanceraux.** Traité de l'herpétisme, p. 175.
- Charcot, Bouchard.** Traité de médecine, t. V, p. 533. Art. rhum. art. aigu par OEttinger.
- S. Jaccoud.** Traité de pathologie interne, t. II, p. 518.
— Clinique de la Charité 1867. 23^e leçon p. 598.
- Grisolle** Pathol. interne, t. II, p. 1003.

Béhier et Hardy. Pathol. interne, t. III, p. 205.

Lasègue (Etudes du prof.). Du rhum. p. 660.

Dictionnaire Dechambre, Art. rhum. chronique de Ernest Besnier
p. 675.

Rendu. Art. goutte. Dict. Dechambre, p. 156.

Picot. Les grands processus morbides.

Charcot. Thèse de Paris, 1853.

Adams. A treatise on rheumatic gout and chronic rheumatism.
Dublin 1853, t. XI, 291.

Fuller. On rheumatism, rheumatic gout and Scatica. London, 1860,
3^e édition, pages 333-334.

Little. Chron. rheumatism. Transactions of patholog. soc. of
London, 1860, t. XI, p. 291.

Dictionnaire Jaccoud. Art. de Homolle, p. 682, sur le Rhum.
chronique, t. XXXI.

Virchoux. Thèse de Paris, 1863. Contribution à l'étude des formes
graves du rhumatisme chronique.

